



BACHELORARBEIT

Laura Luisa Zugschwerdt

**Change Management in der
Pharmaindustrie: Die Rolle
des Pharmareferenten im Um-
bruch**

2018

BACHELORARBEIT

Change Management in der Pharmaindustrie: Die Rolle des Pharmareferenten im Umbruch

Autor/in:

Laura Luisa Zugschwerdt

Studiengang:

Business Management

Seminargruppe:

BM15wl4-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:

Dr. Darius Khoschlessan

Einreichung:

Freiburg, 06.07.2018

BACHELOR THESIS

Change Management in the pharmaceutical industry: The role of the pharmaceutical Representative

author:

Laura Luisa Zugschwerdt

course of studies:

Business Management

seminar group:

BM15wl4-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Dr. Darius Khoschlessan

submission:

Freiburg, 06.07.2018

Bibliografische Angaben

Zugschwerdt, Laura Luisa

Change Management in der Pharmaindustrie:
Die Rolle des Pharmareferenten im Umbruch

Change Management in the pharmaceutical industry:
The role of the medical Representative

62 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2018

Abstract

Die Digitalisierung ist bereits in fast allen Bereichen des Lebens angekommen. Die rasante Zunahme der Digitalisierung zwingt Unternehmen dazu, ihre bisherigen Geschäftsmodelle zu überdenken, um am Markt weiterhin erfolgreich zu sein. Der digitale Wandel hat auch die Pharmabranche erreicht. Alte Außendienst- und Vertriebsstrukturen sowie bisherige Marketingaktivitäten sind nicht mehr zeitgemäß. Egal ob privat oder in der Berufswelt: Die Kommunikation wird immer digitaler. Menschen stehen über diverse Kommunikationskanäle miteinander in Verbindung und tauschen sich dort aus. Der persönliche Dialog, welcher oft mehr Zeit in Anspruch nimmt, verliert zunehmend an Bedeutung. Mit diesem Hintergrund ist es unumgänglich, das Berufsbild des Pharmareferenten neu zu überdenken. Insbesondere muss seine Kommunikation mit der Zielgruppe neu gestaltet werden. Ziel der Arbeit ist die Erstellung eines neuen, zukünftigen Berufsbildes des Pharmareferenten. Dazu erfolgt eine zuerst ausführliche Betrachtung der Pharmaindustrie allgemein. Desweiteren werden die aktuellen Aufgaben der Bereiche Marketing, Vertrieb und Außendienst betrachtet. Im Anschluss wird die Digitalisierung in der Pharmabranche unter die Lupe genommen, um Ideen und Konzepte für mögliche Veränderungen zu schaffen. Um den strategischen Wandel erfolgreich zu gestalten, werden Methoden aus der Literatur als Hilfestellung genommen. Das Endergebnis der Arbeit ist ein neues Berufsbild des Pharmareferenten. Dieser wird sich zu einem Kommunikationsmanager entwickeln müssen, um seine Zielgruppen über alle Kommunikationskanäle zu erreichen, auf denen die Zielgruppe präsent ist. Er wird selbst entscheiden, welche Zielgruppe er über welche Kommunikationskanäle anspricht und welche Informationen er ihnen mitteilt. Wichtig dabei ist, dass er der Zielgruppe die Informationen so zusammenstellt, dass nur die für die Zielgruppe wirklich relevanten, Informationen übermittelt werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
2 Die Pharmaindustrie	2
2.1 Entstehung.....	2
2.2 Zahlen, Daten, Fakten.....	3
2.2.1 Top Akteure	6
2.2.2 Blockbuster	7
2.2.3 Megatrends.....	8
2.3 Der Pharmamarkt in Deutschland	9
3 Pharmamarketing.....	13
3.1 Definition und Elemente des Pharmamarketings.....	13
3.2 Herausforderungen im Marketing	15
3.3 Besonderheiten des Pharmamarketings.....	16
3.3.1 Sozialpolitische Einflüsse	16
3.3.2 Institutionelle Einflüsse.....	16
3.3.3 Medizinisch-wissenschaftliche Aspekte.....	17
3.3.4 Informationsmanagement Aspekte.....	17
3.3.5 Vertriebliche Aspekte	17
3.3.6 Gesetzliche Rahmenbedingungen	18
4 Der Vertrieb in der Pharmaindustrie	20
4.1 Begriffserklärung.....	20
4.2 Vertriebswege	21
4.2.1 Der pharmazeutische Großhandel	21
4.2.2 Der pharmazeutische Einzelhandel: Die Apotheke.....	22
4.2.3 Krankenhausapotheken	24
4.3 Vertriebswegeentscheidung	25
4.4 Das Vertriebscontrolling	26

5	Der Pharmareferent.....	28
5.1	Das Berufsbild des Pharmareferenten.....	28
5.2	Gesetzliche Regelungen	29
5.3	Instrumente der Vertriebs- und Außendienststeuerung	31
5.3.1	Struktur von Außendienstorganisationen.....	31
5.3.2	Planung von Aktivitäten und Investitionen	34
5.3.3	Messung und Beobachtung von Vertriebsaktivitäten und -erfolg.....	35
6	Digitalisierung der Pharmaindustrie	37
6.1	E-Health.....	37
6.2	M-Health	38
6.3	Telemedizin.....	38
6.4	Pharma 3.0	39
6.5	Big Data	40
6.6	Forschung & Entwicklung.....	40
6.7	Risiken der Digitalisierung.....	40
7	Strategisches Management.....	42
7.1	Einführung.....	42
7.2	Die strategische Analyse.....	42
7.3	Strategieformulierung	44
7.4	Strategieimplementierung	46
7.5	Strategische Evaluierung	48
7.6	Strategischer Wandel.....	48
7.6.1	Analyse des Wandelkontextes	48
7.6.2	Identifikation der Gestaltungsmöglichkeiten	49
7.6.3	Gestaltung des Wandelprozesses.....	51
7.6.4	Führung und Management des Wandels.....	52
8	Change Management in der Pharmaindustrie.....	54
8.1	Ausgangssituation des strategischen Wandels	54
8.2	Durchführung des strategischen Wandels	55
8.3	Der Pharmareferent der Zukunft.....	59
8.4	Die Rolle des Vertriebs	60
8.5	Die Rolle des Marketings	61

9 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen.....	62
Literaturverzeichnis	X
Eigenständigkeitserklärung	XIII

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
ApoG	Apothekengesetz
HWG	Heilmittelwerbegezet
IFA	Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH
MBO-Ä	Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte
PNZ	Pharmazentralnummer
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung des Weltpharmamarktes bis 2016 (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 40).....	3
Abbildung 2: Anteil der internen F&E- Ausgaben der Wirtschaftszweige am Umsatz aus eigenen Erzeugnissen in % (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 13).....	4
Abbildung 3: Unternehmen nach Größenklassen 2015 in % (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 7).....	9
Abbildung 4: Entwicklung der Beschäftigtenzahl in Unternehmen der pharmazeutischen Industrie 2010- 2015 (Quelle: Bundesverband Pharmazeutischer Industrie e.V. 2017, 9).....	10
Abbildung 5: 4P's des Marketing Mix(Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Kotler 2011, S. 192f.).....	13
Abbildung 6: Erweiterter Marketing-Mix (Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Wolf Sussman 2008, 244).	14
Abbildung 7: Einflussnehmende Rechtsdisziplinen (Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Dieners 2010, 6ff.).	18
Abbildung 8: Klassischer Außendienstaufbau (Quelle: Guminski/ Utsch 2008, 3).....	33
Abbildung 9: Alternativer Außendienstaufbau (Quelle: Guminski/ Utsch 2008, 303). ...	34
Abbildung 10: Externe Analysefelder der Markt- und Umweltanalyse (Eigene Darstellung in Anlehnung an Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 55).	42
Abbildung 11: Bereiche der Unternehmensanalyse (Eigene Darstellung in Anlehnung an Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 70ff.)	43
Abbildung 12: Wachstumsstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 107).....	44
Abbildung 13: Geschäftsbereichsstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 116)...	45
Abbildung 14: Funktionalstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 130).....	45
Abbildung 15: Einflussfaktoren für die Entscheidung strategischen Optionen (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 134).	46
Abbildung 16: Aufgaben im Rahmen der Strategieimplementierung (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 155).....	47
Abbildung 17: Verkürztes Change- Kaleidoskop (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 181).....	49
Abbildung 18: "7-Phasen-Modell" individueller Veränderungsprozesse (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 193).	52
Abbildung 19: SWOT-Analyse der Digitalisierung in Bezug auf Unternehmen (Eigene Darstellung).....	54

1 Einleitung

Durch das Internet bedingt wachsen reale und virtuelle Welt zu einem Internet der Dinge zusammen. Entsprechend groß ist die Nachfrage der Unternehmen nach Spezialisten mit einem tiefen Verständnis für die Zusammenhänge dieser Entwicklung. Seit im Jahr 2002 das erste Mal mehr Informationen digital als im Analogformat gespeichert wurden, sprechen Wissenschaftler vom digitalen Zeitalter. Mit der Markteinführung des ersten iPhones 2007 griff die Technologie des Smartphones um sich und revolutionierte global die Kommunikation. Heute sind weltweit mehr als 20 Milliarden Geräte und Maschinen über das Internet verbunden – bis 2030 werden es rund eine halbe Billion sein. Die digitale Vernetzung wird das Leben in den Städten künftig immer weiter verändern. Die Stadt der Zukunft ist eine vernetzte Stadt, die sich die Vorzüge der Digitalisierung zunutze macht. Zahllose Objekte unseres Alltagslebens werden in die Lage versetzt, Informationen über sich, ihren Zustand und ihr Umfeld auszutauschen. Dadurch werden unzählige Daten verfügbar, durch deren sinnvolle Aufbereitung die Menschen ihr Handeln optimal auf die Gesamtlage abstimmen können. Wearables, also am Körper zu tragende Mini-Computer sowie App-basierte Geschäftsmodelle treiben die Digitalisierung in der Medizinbranche voran. Anwendungen für das Smartphone sollen beispielsweise dabei helfen, Depressionen zu erkennen oder Diabetiker über ihren Bedarf an Insulin zu informieren. Durch die voranschreitende Digitalisierung ändern sich auch die Wege, auf denen Menschen miteinander kommunizieren. In einer Welt, in der Großeltern per Skype mit ihren Enkelkindern am anderen Ende der Welt kommunizieren, verliert auch der direkte, persönliche Kontakt in der Wirtschaft immer mehr an Bedeutung. Unternehmen können über diverse Kommunikationskanäle miteinander agieren. Die globale digitale Vernetzung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Auch die Pharmabranche, insbesondere der Außendienst eines Pharmaunternehmens, muss sich an diese Veränderung anpassen. Der klassische Arztbesuch eines Pharmareferenten ist nicht mehr zeitgemäß und muss in Zukunft zunehmend über andere, digitale Kommunikationskanäle stattfinden. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich deshalb mit den anstehenden Herausforderungen, die ein Pharmaunternehmen angesichts der Digitalisierung bewältigen muss.

2 Die Pharmaindustrie

Folgendes Kapitel beginnt bei den Ursprüngen der Pharmaindustrie und betrachtet im Anschluss den heutigen Weltpharmamarkt mit seinen Blockbuster Medikamenten und aktuellen Top Akteuren. Am Ende erfolgt eine gesonderte Betrachtung des Pharmamarktes in Deutschland.

2.1 Entstehung

Die heutigen Apotheken haben ihren Ursprung in der Heilkunde der Antike. Damals beruhten die Kenntnisse der Wirkung von Arznei auf Beobachtungen, Zufall und Erfahrungen. Größtenteils waren die Medikamente Pflanzen und Heilkräuter, wobei Arzneistoffe ebenso aus tierischen und mineralischen Stoffen gewonnen wurden. Die ersten Apotheken, also professionelle Arzneizubereitungsstätten, waren etwa im 9. Jahrhundert nach Christus im heutigen Irak angegliedert. In der Antike und im Mittelalter waren ärztliche Praxen und der Haushalt die zwei zentralen Arzneizubereitungsstätten. Die bedeutenden Texte der antiken Schriftgelehrten wurden im arabischen Raum aufbewahrt und nach dem Untergang des Römischen Reiches von lese- und schreibkundigen Mönchen wieder ins Lateinische zurück übersetzt. Zu diesem Zeitpunkt waren Mönche Ärzte und Apotheker zugleich. Dies änderte sich jedoch im Spätmittelalter. Es kam zur Trennung zwischen dem heilenden Arzt und dem Apotheker als Hersteller der Heilmittel, der Arznei. Die endgültige Unterscheidung erfolgte im Jahr 1241, als Friedrich Barbarossa im „Edikt von Salerno“ die beiden heilkundlichen Berufe juristisch voneinander unterschied. Damit wurde entschieden, dass der Arzt nicht mehr an der Arznei verdienen soll und der Apotheker nicht heilen, sondern nur auf ärztliche Verordnung herstellen dürfe (vgl. Delvaux de Fenffe 2018).

Durch die Verlagerung der Herstellung der Arznei in die Labore fiel schließlich der Startschuss der heutigen Pharmaindustrie. Diese Entwicklung ging mit einer verbreiteten Schulung von Pharmazeuten an diversen Universitäten des 16. und 17. Jahrhunderts einher. Im 19. Jahrhundert führte die Entwicklung der synthetischen und chemischen Herstellung von Arzneimitteln zur Ausbreitung der pharmazeutischen Industrie, wodurch kleine Pharmalabore zu großen Pharmafabriken wurden. Dies führt dazu, dass Arzneimittel für jeden erschwinglich waren. Zeitgleich setzte auch eine Prüfung der Arznei auf Verträglichkeit und Wirksamkeit ein.

2.2 Zahlen, Daten, Fakten

Heutzutage haben nur wenige Industriebereiche einen so großen Stellenwert für das tägliche Leben wie die Pharma- und Chemiebranche. Die Branche setzt sich vorwiegend aus den Bereichen Forschung und Entwicklung, Produktion und Qualität sowie Marketing und Vertrieb zusammen. Der Pharmasektor ist vor allem deswegen so verbreitet, weil es immer Krankheiten geben wird, die (noch) nicht bekämpft werden können (vgl. O.V. o.Jg.).

Der Arzneimittelumsatz 2016 weltweit lag insgesamt bei etwa 1.025 Mrd. Euro und damit rund 3,6% über dem Vorjahresniveau (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 40).

Entwicklung des Weltpharmamarktes					
	2012	2013	2014	2015	2016
Gesamtmarkt (Mrd.Euro)*	893,9	920,7	984,5	989,4	1.024,6
Gesamtmarkt (Mrd.US-Dollar)	964,2	993,1	1.062,0	1.067,2	1.105,2
Veränderung zum Vorjahr in %		3,0	6,9	0,5	3,6
* Die Angaben in Euro resultieren aus einer Umrechnung der Marktdaten mit Basiswerten in US-Dollar (Umrechnungskurs: US-Dollar in Euro = 1,07868503 : 1).					
Eigene Darstellung des BPI basierend auf Daten von IMS World Review Analyst 2017.					

Abbildung 1: Entwicklung des Weltpharmamarktes bis 2016 (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 40).

Drei Viertel des Gesamtumsatzes auf dem Weltpharmamarkt wird von Nordamerika, Europa und Japan erzielt. Der Umsatz von Nordamerika stieg um 6% auf 446,9 Mrd. Euro und stellt somit 2016 rund 44% des weltweiten Pharmamarktumsatzes dar. Der Pharmamarkt in Europa erzielte einen Umsatz von 224,8 Mrd. Euro und ist um 4 % gewachsen. Mit einem Umsatz von 82 Mrd. Euro ist der japanische Pharmamarkt um 12% im Vergleich zum Vorjahr gewachsen (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 40).

Der weltweite Gesundheitsmarkt stellt einen aufstrebenden Wachstumsmarkt mit erheblichem Beschäftigungspotenzial dar. Dies ist vor allem so, weil es immer noch viele, bis heute nicht therapierbare, Krankheiten gibt. Ebenso steigt die Lebenserwartung der Menschen sowie die Suche nach mehr Lebensqualität, wodurch die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Leistungen und Produkten steigt (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 41).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine ständige Arzneimittelentwicklung unabdingbar. „Nach Angaben des jüngsten Berichtes der Expertenkommission für Forschung und Innovation (EFI) reinvestierte die Pharmaindustrie mehr als 11% ihres Umsatzes aus eignen Erzeugnissen für interne Forschungs- und Entwicklungsprojekte.“ (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 12). Somit liegt sie, wie in der Vergangenheit, vor dem Automobil-, Luft-/ Raumfahrzeug- und Maschinenbau und der chemischen Industrie.

Damit steht die Pharmaindustrie an der zweiten Stelle der forschungsintensivsten Branchen.

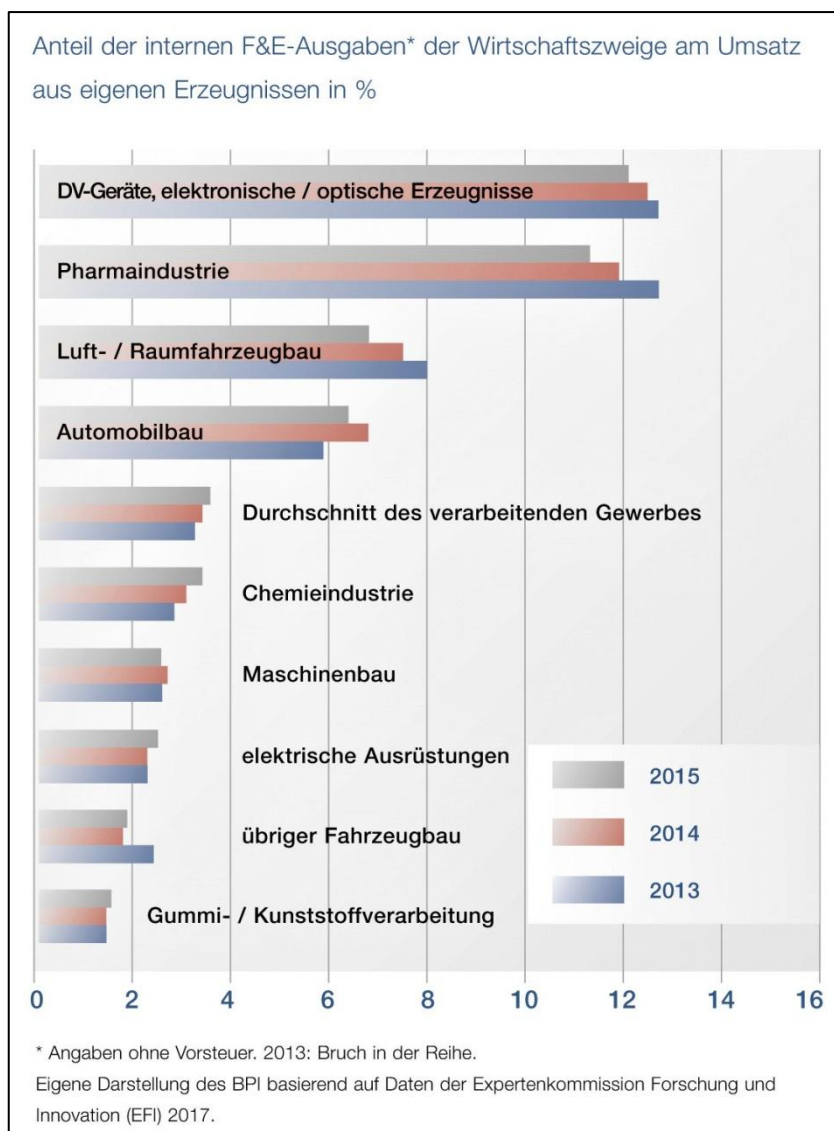


Abbildung 2: Anteil der internen F&E- Ausgaben der Wirtschaftszweige am Umsatz aus eigenen Erzeugnissen in % (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 13).

Innovationen sind die treibende Kraft für die Verbesserung der Behandlung von Patienten und den Erfolg von Pharmaunternehmen. Innovationen werden in der pharmazeutischen Industrie in einer Vielzahl von Bereichen erarbeitet:

- „Neue Wirkstoffe: Chemisch definierte Wirkstoffe, definierte Naturstoffe, Phytopharmaka, Biopharmazeutika und Analogwirkstoffe.
 - Neue Darreichungsformen und neue spezifisch wirksame Arzneimittelkombinationen.
 - Erweiterung der Anwendungsgebiete vorhandener Wirkstoffe.
 - Spezifische Verbesserung bekannter Wirkstoffe, neue Applikationsformen.
 - Andere neue Behandlungsmöglichkeiten.
 - Verbesserte oder neue Herstellungsverfahren von Wirkstoffen.“
- (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 21).

„ Der BPI versteht unter einem bewährten Wirkstoff ein Arzneimittel, das sich in der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten als wirksam, sicher und effizient erwiesen hat und nicht patentrechtlich unter Stoffschutz steht oder nie stand. Diese Produkte befinden sich in der Regel im generischen Wettbewerb.“ (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 21).

Oftmals gelingt es durch minimale Änderungen der Molekülstruktur eines Stoffes unerwünschte Nebenwirkungen zu reduzieren, die Wirkung bei kleiner Dosis zu erhöhen oder neue therapeutische Effekte zu erreichen. Die schrittweise Verbesserung auf Grundlage bewährter Wirkstoffe ist ein essentieller Bestandteil des Fortschritts in der Pharmaindustrie (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 22).

Die hohen Ausgaben für Forschung und Entwicklung der pharmazeutischen Industrie sind auf die zum Teil sehr komplexen, langen, höchst sensiblen und stark regulierten Arzneimittelentwicklungen zurückzuführen (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 12). Demnach können, je nach Medikament, Kosten in Höhe von über einer Milliarde Euro entstehen.

Diese hohen Summen entstehen dadurch, dass oft von rund 10.000 Molekülen, die zu Beginn als Wirkstoff in Frage kommen können, nach etwa acht bis zwölf Jahren, nur eine Substanz den behördlichen Zulassungsprozess erfolgreich absolviert (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 13). Im Durchschnitt werden zehn Jahre nur für Forschung und Entwicklung gerechnet. Zwei bis drei weitere Jahre werden danach für administrative Vorgänge benötigt wie zum Beispiel die Preisgestaltung. Da die Patentanmeldung meist schon während der Phase der F&E notwendig ist, ist das Medikament schlussendlich nur noch rund sieben Jahre auf dem Markt patent-

geschützt, da der Patenschutz nach zwanzig Jahren abläuft (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 13f.).

„Die Entwicklung innovativer Arzneimittel ist ein sehr kostenintensiver, aufwendiger, risikoreicher und langwieriger Prozess.“ (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 16). Dennoch wurden im vergangenen Jahr 113 Zulassungen mit neuem Stoff registriert (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 17).

2.2.1 Top Akteure

Laut Handelsblatt (Stand November 2017) dominieren die Mega-Konzerne Johnson & Johnson (1. Platz), Hoffmann- La Roche (2. Platz) und Pfizer (3. Platz) derzeit den weltweiten Pharmamarkt (vgl. Handelsblatt 2017).

Johnson & Johnson ist ein global tätiger Pharma-, Medizintechnik und Konsumgüterhersteller aus dem US-Bundesstaat New Jersey. Im Jahr 2017 erzielte der Weltkonzern einen Umsatz von 72,5 Milliarden Dollar. Zu ihren umsatzstärksten Arzneimitteln zählen Remicade, Stelara und Xarelto. Vor allem bekannt sind aber seine Pflegeprodukte wie die Kindercreme Bebe und OB-Tampons (vgl. Handelsblatt 2017).

Hoffmann- La Roche, mit Hauptsitz in Basel, erzielte im Jahr 2017 einen Umsatz von 53,9 Milliarden US Dollar und liegt somit deutlich hinter dem Spitzenreiter. Zu ihren umsatzstärksten Produkten gehören MabThear, Avastin und Hercepti. In der Öffentlichkeit ist der Konzern vor allem durch sein Mittel für die Therapie der Virsugrippe Tamiflu bekannt (vgl. Handelsblatt 2017).

Dem US Konzern Pfizer kam durch das Potenzmittel Viagra zu Weltruhm, dieses macht aber nur noch einen kleinen Teil des Umsatzes von 52,4 Milliarden US Dollar aus. Zu ihren umsatzstärksten Produkten gehören Prevnar, Lyrica, Enbrel (vgl. Handelsblatt 2017).

Der größte deutsche Pharmakonzern Bayer belegt aktuell den 6. Platz der größten Pharmakonzerne der Welt und verbesserte sich somit um ganze zehn Plätze im Vergleich zu 2015. Im Jahr 2017 erzielte Bayer einen Umsatz von 43,1 Milliarden Euro (vgl. Handelsblatt 2017).

2.2.2 Blockbuster

"Blockbuster medicine is defined as being one which achieves annual revenues of over US\$ 1 billion at global level." (European Commission 2008, 17).

Laut der Definition der European Commission ist ein Blockbuster Medikament ein besonders erfolgreiches Medikament auf dem Pharmamarkt, das jährlich einen Umsatz von mehr als einer Milliarde US-Dollar erzielt.

Schon lange hat die Forschung für Blockbuster eine hohe Priorität bei großen Pharmakonzernen dies wird sich auch in Zukunft fortsetzen.

„Gemäß JP Morgan werden immer mehr Medikamente zu der neuen Kategorie gehören, die als „personalized and precision medicine“ definiert werden.“ Eine Studie der amerikanischen Geschäftsbank beschreibt die Trends für verschreibungspflichtige Original-Medikamente und für Generika wie folgt:

„In 2017 wird der Markt für verschreibungspflichtige Medikamente \$774 Mrd. groß sein und der Anteil der Generika wird 10,8% betragen; im Jahr 2022 wird das Verhältnis fast unverändert sein, mit einem Gesamtumsatz von \$1.060 Mrd., wovon 10,6% Generika sein werden. Nach den Analysten von JP Morgan werden 2017 10,5% aller Umsätze der rezeptpflichtigen Medikamente von den Top 10 Blockbustern erzielt.“ (Biowellmed 2017).

Zu den aktuellsten Blockbuster zählen Humira von AbbVie, ein US- Biopharma- Spezialist mit einem Umsatz von 16,08 Mrd. US-Dollar. Bei Humira handelt es sich um einen humanen, monoklonalen Antikörper, der gegen den Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF- α) eingesetzt wird (vgl. Mittermeier 2017).

An zweiter Stelle steht das Medikament Harvoni von Gilead, einem US- Biotech- Gigant, welches einen Umsatz von 9,08 Mrd. US-Dollar erzielte. Das Hepatitis-C-Medikament bietet hohe Heilungschancen für Patienten mit Chronischer Hepatitis C (Hepatitis des Genotyps 1), eine durch Viren verursachte Erkrankung der Leber (vgl. Mittermeier 2017).

Platz Nummer drei belegt das Medikament Enbrel von Amgen mit einem Umsatz von 8,87 Mrd. US-Dollar. Bei Enbrel handelt es sich um ein gentechnisch hergestelltes Protein. Enbrel wird zur Behandlung von rheumatischen Erkrankungen eingesetzt. Daneben kommt Enbrel auch bei der Behandlung von Psoriasis zum Einsatz (vgl. Mittermeier 2017).

Roche hat drei Medikamente unter den ersten zehn: MabThear (Platz 4), mit einem Umsatz von 8,53 Mrd. US-Dollar, Avastin (Platz 7), mit einem Umsatz von 6,752 Mrd. US-Dollar und Herceptin (Platz 8), mit einem Umsatz von 6,75 Mrd. US-Dollar (vgl. Mittermeier 2017).

2.2.3 Megatrends

Die Studie „Von Megatrends zum Geschäftserfolg“ ist eine Studie in Kooperation von dem VCI Verband der Chemischen Industrie, der Westfälische Wilhelms-Universität Münster, der Proxadis Hochschule und PwC Strategy und thematisiert Managementfragen rund um ausgewählte Megatrends.

Megatrends werden hier als langfristig wirkende und die Gesellschaft beeinflussende Entwicklungen definiert (vgl. Leker/ Utikal 2015, 4).

Wie bereits festgestellt gehört die Chemie- und Pharmaindustrie zu den forschungintensivsten Branchen. Es überrascht daher nicht, dass sich Unternehmen besonders intensiv mit den langfristig wirksamen Entwicklungstrends in Wirtschaft und Gesellschaft beschäftigen, um das Risiko auf Fehlinvestitionen zu reduzieren und ihre Aktivitäten auf erfolgsträchtige Handlungsfelder auszurichten (vgl. Utikal 2015, 8). Megatrends beeinflussen die Entstehung von Kundenbedürfnissen und damit auch die Entwicklung von Endkundenmärkten. So bieten sie Unternehmen die Chance auf Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen (vgl. Utikal 2015, 8).

Durch eine Umfrage im Rahmen der Studie konnten einige Trends für die Chemie- und Pharmaindustrie als besonders relevant identifiziert werden. Dazu zählt die Globalisierung mit der weiter steigenden Bedeutung des asiatischen Marktes. Damit verbunden wird eine alternde Gesellschaft in den Industriestaaten als eine große Chance gesehen, auf die die Unternehmensaktivitäten in besondere Weise auszurichten sind (vgl. Utikal 2015, 10).

Ein weiterer Megatrend ist die zunehmende Bedeutung disziplinübergreifender Innovationen. Die Biomedizin rückt hier stark in den Fokus, da sie eine vollständige molekulare Beschreibung von Krankheitszuständen sowie die passgenaue Beschreibung von Wirkstoffen anstrebt (vgl. Utikal 2015, 9). Das Ergebnis hierfür könnte eine prognostische, personalisierte, präventive und partizipative Medizin sein (vgl. Utikal 2015, 11). In diesem Falle wäre das „[...] chemiebasierte, auf Blockbuster-Umsätze abzielende Medikamenten-Modell nicht länger tragfähig.“ (Utikal 2015, 11).

Ein Megatrend, dem alle anderen untergeordnet sind, ist die Digitalisierung der Pharmaindustrie. Sie birgt enorme Potenziale in diversen Geschäftsbereichen und stellt die Pharmabranche zeitgleich vor eine große Herausforderung. Das Thema Digitalisierung in der Pharmaindustrie wird in Kapitel 6 nochmals genauer betrachtet.

2.3 Der Pharmamarkt in Deutschland

Die Pharmabranche bildet einen wesentlichen Baustein des deutschen Gesundheitssystems und zählt zu einem boomenden Wirtschaftszweig in Deutschland. Ihre besondere Bedeutung für die deutsche Wirtschaft resultiert aus den direkten, indirekten und induzierten Wertschöpfungsketten. Die Pharmaindustrie ist für Wachstums-, Beschäftigungs- und Innovationseffekte in Deutschland von großer Bedeutung (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 6).

Laut dem Statistischen Bundesamt gibt es momentan 554 pharmazeutische Unternehmen. Bei den pharmazeutischen Unternehmen handelt es sich sowohl um standortorientierte und eigentümergeführte Unternehmen als auch um Niederlassungen multinationaler Konzerne (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 6).

Nach wie vor gilt, dass rund 91% der Arzneimittel herstellenden Unternehmen in Deutschland weniger als 500 Mitarbeiter beschäftigen. In der Abbildung 3 ist zu erkennen, dass nur 8,66% 500 Mitarbeiter und mehr beschäftigen. 20,58% beschäftigen zwischen 100 und 499 Mitarbeiter, und der größte Teil, nämlich 70,76%, beschäftigen unter 100 Mitarbeiter (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 7).

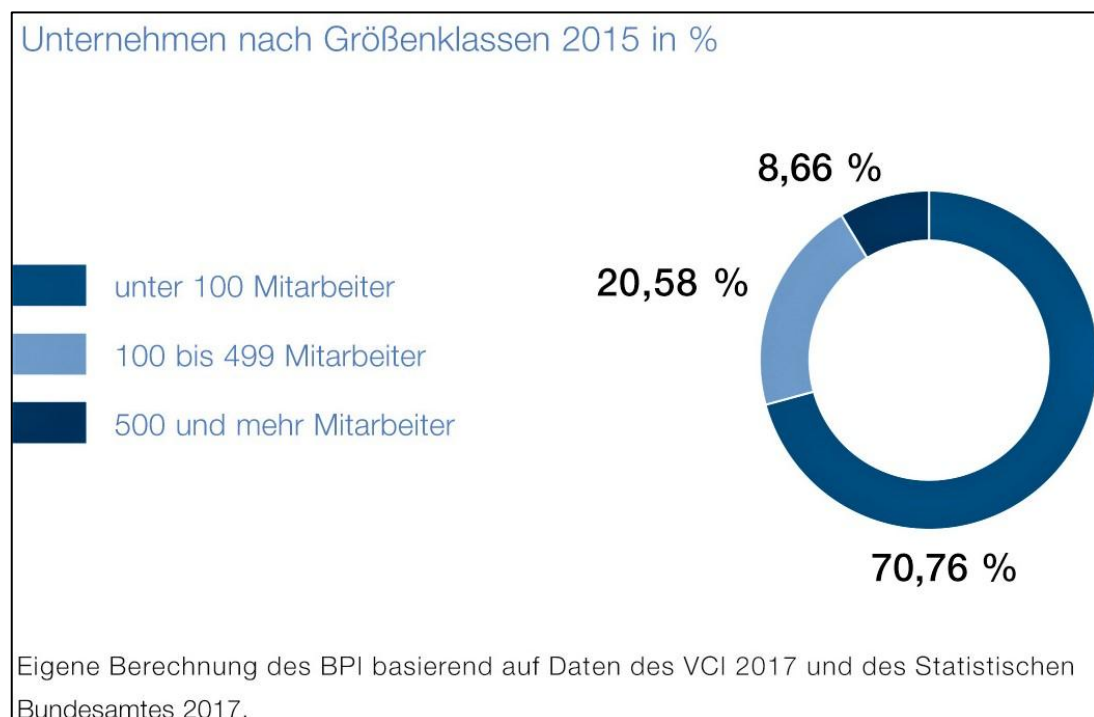


Abbildung 3: Unternehmen nach Größenklassen 2015 in % (Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 7).

Im Jahr 2015 waren 128.545 Personen in Unternehmen beschäftigt, die pharmazeutische Erzeugnisse herstellen. Die Beschäftigtenzahl ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen und spiegelt die Gesamtsituation der Beschäftigten des letzten Jahres in Deutschland wider. Die weiterhin gute Konjunkturlage in Deutschland hat die Beschäftigten in diesem Jahr wieder weiter anwachsen lassen (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 9).

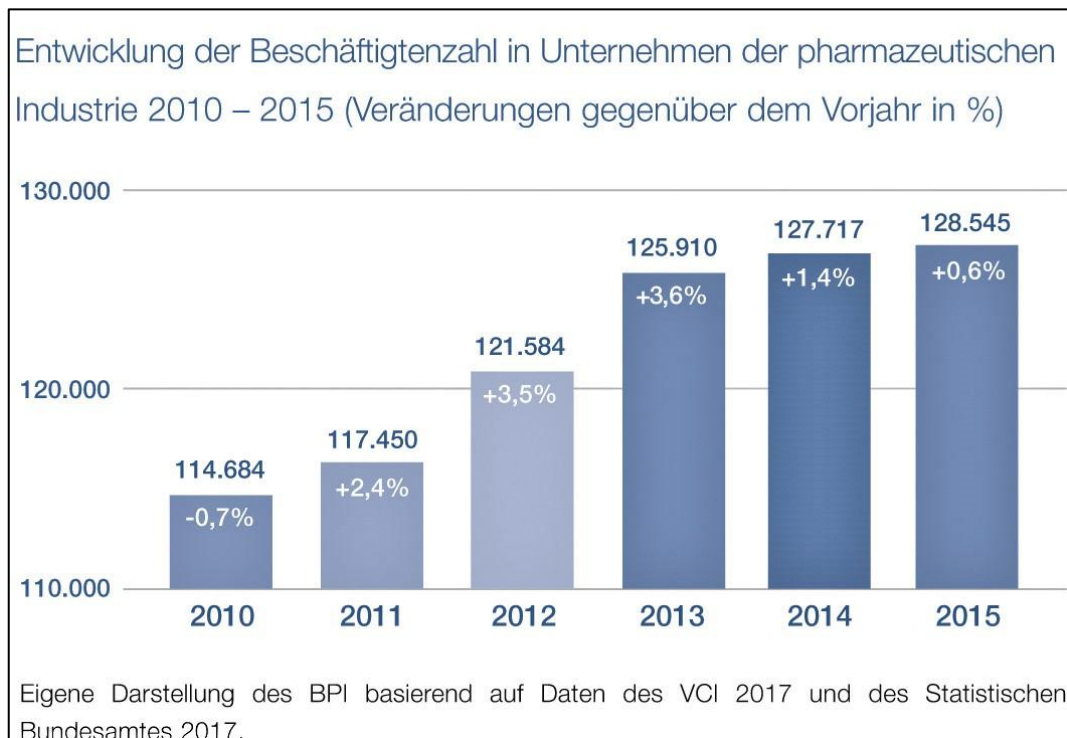


Abbildung 4: Entwicklung der Beschäftigtenzahl in Unternehmen der pharmazeutischen Industrie 2010-2015 (Quelle: Bundesverband Pharmazeutischer Industrie e.V. 2017, 9).

Im Jahr 2016 wurden aus der Bundesrepublik Deutschland Pharmazeutika im Wert von 70,6 Mrd. Euro ausgeführt, das entspricht somit einem Zuwachs von 1,3% gegenüber dem Vorjahr. Zugleich wurden pharmazeutische Erzeugnisse im Wert von 48,7 Mrd. Euro eingeführt, wodurch der Import um 7,5% gegenüber dem Vorjahr stieg (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 10). Hauptlieferant pharmazeutischer Erzeugnisse ist die Schweiz, gefolgt von den Niederlanden und der USA. Hauptabnehmer pharmazeutischer Erzeugnisse ist die USA, gefolgt von den Niederlanden und Großbritannien (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 11).

Deutschland hat sich als Standort für die pharmazeutische Forschung und Entwicklung aber auch für die Produktion etabliert. Zum einen verfügt Deutschland über eine sehr gute Infrastruktur und Lage. Sowohl das Verkehrs- und Kommunikationsnetz als auch die Energieversorgung sind ein großer Pluspunkt für den Standort. So können binnen weniger Stunden alle Länder Europas über den Straßen-, Luft- oder den Wasserweg mit in Deutschland hergestellten Arzneimitteln beliefert werden (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2013, 14).

Die forschenden Pharmaunternehmen sind auf ein Netzwerk mit anderen (forschenden) Produktionsunternehmen, sowie Zulieferern, Dienstleistern, Bildungseinrichtungen und Forschungsinstituten angewiesen. Die Clusterlandschaft in Deutschland ist sehr gut ausgebaut und wird aktiv von staatlicher Seite gefördert. Gerade die forschenden Pharmaunternehmen schätzen den Wissensaustausch auf hohem Niveau in den Clustern (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2013, 14).

Mit gut 80 Millionen Einwohnern ist Deutschland der größte Gesundheitsmarkt Europas. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2011 auf rund 294 Milliarden Euro oder 11,3 Prozent des BIP. Auch die weiteren Perspektiven für den Gesundheitsstandort Deutschland sind gut. So erhöht sich nicht nur die Lebenserwartung der Menschen, sondern auch der Anteil der Älteren in der Gesellschaft steigt. Eine alternde Bevölkerung bedeutet unter anderem eine Zunahme chronischer und altersbedingter Erkrankungen. Das wachsende Gesundheitsbewusstsein der Menschen, der demografische Wandel sowie das vergleichsweise hohe Durchschnittseinkommen in Deutschland schaffen in Zukunft eine zusätzliche Nachfrage nach neuen und hochqualitativen Medikamenten (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2013, 14).

Deutschland kann sich seiner hervorragend ausgebildeten Arbeitskräfte rühmen. Rund 86 Prozent der Bevölkerung haben Abitur oder eine berufliche Ausbildung abgeschlossen – im EU-Durchschnitt sind es lediglich drei Viertel. Das hohe Bildungsniveau ist für die Pharmaindustrie aufgrund ihrer spezifischen Beschäftigungsstruktur von besonderer Bedeutung (vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2013, 14).

Im internationalen Vergleich schafft es Deutschland auf den 4. Platz der top 10 Pharmamärkte und liegt somit hinter den USA, China und Japan (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 40). Auf dem europäischen Arzneimittelmarkt belegt Deutschland sogar den 1. Platz, gefolgt von Frankreich und Italien (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 42).

Die detaillierte Darstellung der europäischen Pharmamärkte zeigt ein heterogenes Bild in Bezug auf die Marktgröße und die Entwicklung der einzelnen Märkte. Die Preisbil-

derung und die Erstattung der Arzneimittel werden in den EU-Staaten unterschiedlich reguliert. Die Gemeinsamkeit besteht darin, dass viele Märkte durch einen verstärkten generischen Wettbewerb gekennzeichnet sind (vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. 2017, 43).

3 Pharmamarketing

Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Pharmamarketing und dessen Besonderheiten. Ebenso werden die allgemeinen Herausforderungen sowie die besonderen Herausforderungen für das Pharmamarketings betrachtet.

3.1 Definition und Elemente des Pharmamarketings

Der Begriff Marketing hat sich über die letzten Jahrzehnte weiterentwickelt und kann so in vielerlei Formen definiert werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 243). Als eine allgemeingültige Definition des Pharmamarketings kann „die Tätigkeit, Einrichtung und der Prozess, Angebote zu erstellen, zu kommunizieren, zu liefern und auszutauschen, die für den Kunden, Klienten, Partner und die gesamte Gesellschaft wertvoll sind“ gesehen werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 243). Der Marketing Mix stellt einen elementaren Bestand des Marketings dar. Er kann als „eine Gesamtheit steuerbarer taktischer Werkzeuge, die ein Unternehmen kombiniert und einsetzt, um auf dem Zielmarkt bestimmte erwünschte Reaktionen hervorrufen.“ (Kotler 2011, 191f.) definiert werden. Klassischerweise besteht der Marketing-Mix aus folgenden 4 P's:

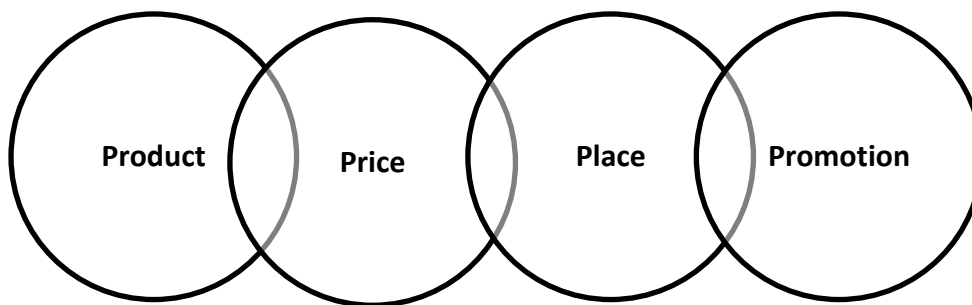


Abbildung 5: 4P's des Marketing Mix (Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Kotler 2011, S. 192f.).

„Das Produkt beinhaltet die Gesamtheit aus Gütern und Dienstleistungen, die ein Unternehmen auf dem Zielmarkt anbietet.“ (Kotler 2011, 192).

„Der Preis ist das, was die Kunden für das Produkt bezahlen.“ (Kotler 2011, 192).

„Die Platzierung beinhaltet Aktivitäten des Unternehmens, die das Produkt dem Kaufinteressenten zugänglich machen.“ (Kotler 2011, 193).

„Unter Promotion versteht man diejenigen Aktivitäten, mit denen die Vorzüge des Produktes an die Kaufinteressenten kommuniziert werden und mit denen man diese als Kunden gewinnen will.“ (Kotler 2011, 193).

Die Komplexität des pharmazeutischen Marktes und dem damit verbundenen Pharmamarketing kann durch das Aufnehmen von drei weiteren „P's“ aufgezeigt werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 244).

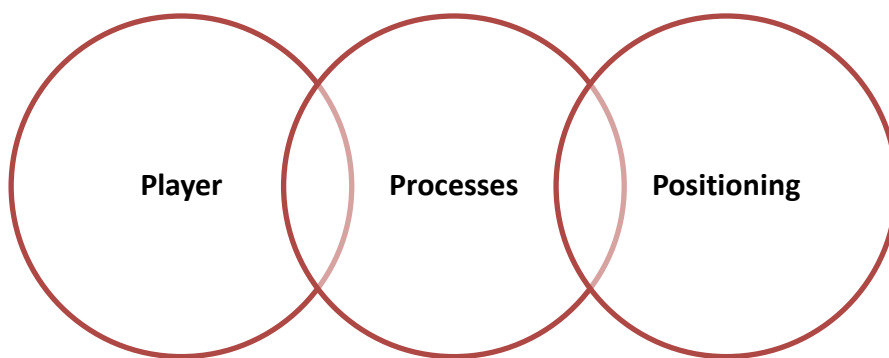


Abbildung 6: Erweiterter Marketing-Mix (Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Wolf Sussman 2008, 244).

„Players“ geht auf die Berücksichtigung der Erwartungen und Bedürfnisse aller Gesundheitssystemteilnehmer ein.

„Processes“ bezieht das Verständnis der Prozess und Kommunikationsprozesse der Gesundheitssystembeteiligten mit ein.

„Positioning“ betrachtet die Positionierung der Gesundheitsleistung entsprechend der Player ans Processes-Betrachtung (vgl. Wolf Sussman 2008, 244).

Dementsprechend kommt den Beteiligten des Gesundheitssystems eine besondere Bedeutung zu, was die Komplexität des Pharmamarktes widerspiegelt und somit einige Herausforderungen an das Pharmamarketing stellt.

3.2 Herausforderungen im Marketing

Marketingverantwortliche aller Branchen stehen vor einer besonderen Herausforderung im 21. Jahrhundert. Es besteht der Verdacht, dass das Marketing immer seltener zu einer nachweislichen Steigerung der Umsätze beiträgt, denn die angesprochene Zielgruppe kann die vermittelte Botschaft aufgrund der hohen Anzahl an Werbekontakten pro Tag nicht mehr aufnehmen (vgl. Brown/ Hayes 2008, 5). So werden Dienstleistungen und Produkte immer ähnlicher, während der Handlungsspielraum des Marketing immer mehr abnimmt- aufgrund der hohen Standards der bestehenden Maßnahmen. Ein großer Aufwand erzielt somit nur noch geringe Verbesserungen (vgl. Belz 1998, 21).

Oftmals wird eine hohe Penetration an Direktmaßnahmen gewählt, um schnelle Erfolge bezüglich der Umsatzsteigerung zu generieren. Diese direkten Marketingaktivitäten, die auf die Beeinflussung des Kaufverhaltens abzielen, führen jedoch zunehmend zur Ablehnung und Reaktanz der Kunden. Durch den ständigen Druck, positive Quartalszahlen und steigende Umsätze zu erreichen, werden Marketingaktivitäten eingesetzt, man folgt Trends, die die Wirkungsgradgrenze kurzfristig erhöhen. Oftmals sind dies dann risikoarme Innovationen, welche überschaubar, einschätzbar und rasch nutzbar sind. Dabei entsteht die Gefahr, genau die Selektionskriterien auszublenden, welche für die echte Innovation maßgeblich sind (vgl. Belz 2012, 4ff.). Durch die Gefahr, das Kundenbedürfnis zu verfehlen, wird auch die Effektivität der Marketingaktivitäten reduziert.

Doch gerade der Wille zur Informationsverarbeitung ist eng mit den Kundenbedürfnissen, dem Involvement und der Glaubwürdigkeit des Senders verbunden. Die Gewinnung der Aufmerksamkeit der Zielgruppe steht im Mittelpunkt, denn ohne sie hätten sämtliche Marketingaktivitäten keine Wirkung. Ein wesentlicher Zweck dieser Aktivitäten ist also das Erlangen von Beachtung, Bekanntheit und Anerkennung durch andere Menschen. Oftmals begeht das Marketing aber den Fehler, sich selbst und ihren Mehrwert für Kunden zu bewerben, anstatt dem Kunden die Unternehmenskompetenzen durch Leistung indirekt zu belegen, so dass dieser die Vorteile für sich beurteilen und somit selbst die Initiative ergreifen kann (vgl. Belz 2012, 12).

3.3 Besonderheiten des Pharmamarketings

Auch die pharmazeutischen Unternehmen unterliegen den oben genannten Herausforderungen. Jedoch unterliegen sie, im Vergleich zu anderen Konsumgüterindustrien, zusätzlichen Einschränkungen zur Etablierung eines „ethischen“ Pharmamarketing für verschreibungspflichtige Produkte. Die Entscheidung für ein Produkt wird hier von einem Arzt getroffen (vgl. Guminiski 2008, 211f.). Der Arzt ist also ein wichtiger Entscheider und hat eine der wichtigsten Positionen inne, da er neben Apothekern und Klinikärzten als hauptsächliche Marketing- Ansprechpartner gelten und über ein großes Vertrauen bei Patienten verfügt. Die Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel beeinträchtigt jedoch auch stark die Kommunikation zum Entscheider „Arzt“. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die in der Praxis gängigsten Kommunikationskanäle und deren Einschränkungen.

Neben dem klassischen Produktmarketing gegenüber ihren direkten Kunden (Ärzte, Apotheker) müssen folgende Aspekte beachtet werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 234).

3.3.1 Sozialpolitische Einflüsse

Im sozialpolitischen Bereich ist für das Marketing vor allem die Auseinandersetzung mit Regierungsstellen, Preisbehörden und Krankenkassen von hoher Relevanz, um eine schnelle Produktzulassung zu einem betriebswirtschaftlich vertretbaren Preis zu sichern (vgl. Wolf Sussman 2008, 235).

3.3.2 Institutionelle Einflüsse

Der institutionelle Aspekt wird als die Vermarktung der Unternehmen an sich an das Unternehmensumfeld verstanden und greift somit auch in den Bereich Public Relations über. Da die Pharmabranche derzeit einen eher schlechten Ruf hat, ist dieser Faktor von besonderer Bedeutung, da die Unternehmenskommunikation proaktiv gestaltet werden muss, um sich positiv darzustellen (vgl. Wolf Sussman 2008, 235). Der Zusammenschluss von Unternehmen der Branche zu Verbänden, welche sich selbst ethische Bedingungen auferlegt haben und diese aktiv an ihr Umfeld und die Gesellschaft kommunizieren, ist eine gängige Maßnahme hierfür.

3.3.3 Medizinisch-wissenschaftliche Aspekte

Trends und Prognosen in der Epidemiologie und im Marktverhalten müssen aufgrund der langen Entwicklungszeit frühzeitig erkannt und umgesetzt werden. Da das Risiko bei solchen Entwicklungen sehr hoch ist, muss es durch wissenschaftliche, pharmaköonomische und marktbasierende Daten getragen werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 236). Die unternehmensübergreifende Zusammenarbeit zwischen den medizinisch-wissenschaftlichen Abteilungen und dem Pharmamarketing ist daher besonders wichtig. Das entscheidende in der Entwicklung hierbei ist das Verständnis des Arzt-Patienten Verhältnisses – und die damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Bedürfnisse- um ein geeignetes Produkt liefern zu können (vgl. Wolf Sussman 2008, 236).

3.3.4 Informationsmanagement Aspekte

Der Informationsaspekt des Pharmamarketings beschäftigt sich mit der Kommunikation von Informationen durch geeignete Informationsträger (vgl. Wolf Sussman 2008, 236). Das Kommunikationsprogramm muss Informationen enthalten, die dem behandelnden Arzt relevante Fragen beantwortet, welche er für die Behandlungsentscheidung benötigt. Oftmals wird dieser Aspekt von den Produktmanagern umgesetzt und muss aber mit dem Gesamtunternehmen abgestimmt werden, um eine einheitliche Unternehmenskommunikation zu gewährleisten (vgl. Wolf Sussman 2008, 236). Für verschreibungspflichtige Medikamente konnte man in der Vergangenheit eine Verschiebung vom Massenmarketing hin zum Relationship Marketing beobachten, welches das Kernelement des vertrieblichen Marketings darstellt (vgl. Wolf Sussman 2008, 236).

3.3.5 Vertriebliche Aspekte

Bei dem vertrieblichen Aspekt des Pharmamarketings werden die vorhandenen Informationen über Produktprofile und Kundenbedürfnisse zur koordinierten, einheitlichen Kommunikation mit den Entscheidungsträgern genutzt (vgl. Wolf Sussman 2008, S.236). Der Pharmareferent ist der wichtigste Dialogträger für das Unternehmen und macht ca. 90% der Marketingausgaben eines Pharmaunternehmens aus (vgl. Wolf Sussman 2008, 237). Ein hoher Bedarf an Training, offener Kommunikation und Feedback zwischen den Bereichen Marketing und Vertrieb ist daher von besonderer Bedeutung, denn nur so kann eine optimierte Nutzung von Marketingmaterialien und –

maßnahmen von Seiten des Vertriebs sowie die Erstellung relevanter Materialien und Maßnahmen vom Marketingteam sichergestellt werden (vgl. Wolf Sussman 2008, 237).

3.3.6 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Vergleich zum Konsumgütermarketing unterliegt das Pharmamarketing speziellen rechtlichen Anforderungen, bei denen besondere Verhaltensregeln gesetzlich definiert sind um die „Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung“ sicherzustellen (vgl. Dieners 2010, 6). Folgende Abbildung stellt die Rechtsdisziplinen dar, die einen Einfluss auf die Gestaltung der Leistung und der kommunikationspolitischen Instrumente haben.



Abbildung 7: Einflussnehmende Rechtsdisziplinen (Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Dieners 2010, 6ff.).

Das **Strafrecht** beinhaltet verschiedene Strafbestände, welche bei der Zusammenarbeit zwischen Pharmaunternehmen und Ärzten eine Rolle spielen. Im Vordergrund stehen hierbei Korruptionsdelikte.

Das **Dienstrecht** umfasst die Zusammenarbeit mit Ärzten medizinischer Einrichtungen. In Bezug auf das Pharmamarketing sind vor allem Vorschriften zur Bekämpfung der Korruption maßgeblich.

Das **Sozialrecht** verfolgt mit Gesetzen- wie dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenkasse und dessen Nachfolger, dem Arzneimittelmarktzuordnungsgesetz, das Ziel, die Teilnehmer des Gesundheitswesens auf den Handelsstufen in der Zusammenarbeit zu reglementieren und somit Fehlentwicklungen und Missbrauche zu verhindern.

Das **Wettbewerbsrecht** umfasst neben dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) auch das Heilmittelwerbegesetz (HWG).

Die Kernaussagen der dargestellten gesetzlichen Rahmenbedingungen lassen sich in vier Grundsätze für das Pharmamarketing zusammenfassen:

1. **Trennungsprinzip:** Zuwendungen an Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen oder niedergelassene Ärzte dürfen nicht in Abhängigkeit von Umsatzgeschäften, Beschaffungs-, Verordnungs- oder Therapieentscheidungen erfolgen (vgl. BVmed 2017).
2. **Transparenzprinzip:** Sämtliche Sach- oder Geldzuwendungen an Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, durch welche diese begünstigt werden, sind schriftlich anzuzeigen und von Dienstherren und Krankenhausverwaltungen genehmigungspflichtig. Niedergelassene Ärzte haben nach §33 Abs. 1 Satz 2 Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) über die Zusammenarbeit mit der Industrie schriftliche Verträge zu schließen und diese auf Nachfrage bei der zuständigen Ärztekammer vorzulegen (vgl. BVmed 2017).
3. **Äquivalenzprinzip:** Leistung und Gegenleistung müssen Vertragsbeziehungen mit medizinischen Einrichtungen und deren Mitarbeitern sowie mit niedergelassenen Ärzten in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen (vgl. BVmed 2017).
4. **Dokumentationsprinzip:** Zur Erleichterung der Nachvollziehbarkeit sind sämtliche Leistungen schriftlich und vollständig zu dokumentieren (vgl. BVmed 2017).

4 Der Vertrieb in der Pharmaindustrie

Im Folgenden Kapitel wird der Vertrieb an sich genauer betrachtet. Mögliche Vertriebswege für pharmazeutische Arzneimittel werden erklärt und charakterisiert. Am Ende erfolgt eine Betrachtung des Vertriebscontrollings.

4.1 Begriffserklärung

„Der Vertrieb- soweit überhaupt vorhanden- beschäftigt sich mit der Fragestellung, auf welchem Weg die Waren zum Endkunden gelangen sollen.“ (Pufahl 2014, 5).

Die Betrachtung des gegenwärtigen Zustandes zeigt, dass für die Hersteller bezüglich der Vertriebswege kein allzu großer Handlungsspielraum besteht (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 281). Insbesondere muss darauf geachtet werden, ob das Präparat freiverkäuflich, apothekenpflichtig und/oder verschreibungspflichtig ist. Im Regelfall handelt es sich bei dieser Einstufung um eine Entscheidung, die von den Zulassungsbehörden festgesetzt wird (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 281).

„Freiverkäufliche Arzneimittel (§ 44 AMG) dürfen auch außerhalb der Apotheke abgegeben werden. Sie werden deshalb auch "apothekenfrei" genannt. Sie bedürfen keiner zusätzlichen Beratung durch einen Apotheker. Nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) fallen darunter "Arzneimittel, die nur zu anderen Zwecken dienen als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten". Die Apothekenpflicht wird aufgehoben, wenn keinerlei Gesundheitsgefährdung für den Verbraucher zu befürchten ist.“ (Medizinfo o.Jg.).

Apothekenpflichtige Arzneimittel sind Arzneimittel, die nur in Apotheken an den Verbraucher abgegeben werden dürfen. Sie unterliegen der Kontrolle und bedürfen der Beratung durch den Apotheker. Dadurch ist die Arzneimittelsicherheit, d.h. der richtige, individuell auf den Einzelnen abgestimmte Umgang mit Medikamenten für den Verbraucher gewährleistet (Medizinfo o.Jg.).

Verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 48 AMG) sind Arzneimittel, die erhöhten Sicherheitsanforderungen unterliegen. Sie sind nur auf Verordnung (Rezept) eines Arztes, Zahn- oder Tierarztes hin für den Verbraucher zugänglich, weil sie auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Gesundheit von Mensch und Tier gefährden können. Von einer Gefährdung geht man aus, wenn sie ohne ärztliche Überwachung angewendet werden. Allgemein spricht man hier von "stark wirksamen Arzneimitteln". (Medizinfo o.Jg.).

4.2 Vertriebswege

Neben der Arzneimittel- Entwicklung, -Zulassung und Preisgestaltung muss auch der Vertriebsweg festgelegt werden. Diesbezüglich haben die Hersteller aber keinen allzu großen Handlungsspielraum. Die Klassifizierung von Arzneimitteln kann als Ausgangspunkt für Vertriebswegeentscheidungen gesehen werden. Im Folgenden werden die drei Handelsstufen Großhandel, Apotheke und Krankenhausapotheke kurz vorgestellt und charakterisiert.

4.2.1 Der pharmazeutische Großhandel

Vor allem der pharmazeutische Großhandel trägt dazu bei die schnelle und umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimittel sicherzustellen. In der Regel ist er der Abnehmer der Industrie und distribuiert die Arzneimittel an die Apotheken (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 283). Da nicht jeder der ca. 1.500 pharmazeutischen Hersteller in einer direkten Beziehung zu den etwa 21.500 deutschen Apotheken stehen kann, übernimmt der Großhandel eine regionale, quantitative und zeitlicher Pufferfunktion, welche ihn zu einem unverzichtbaren Bindeglied in der Versorgungskette macht. Offizin-, Krankenhaus-, und Versandapotheken werden vom Großhandel beliefert. Als vollversorgender pharmazeutischer Großhandel werden alle Artikel, die eine Apotheke benötigt, geliefert. Dazu zählen vor allem verschreibungspflichtige Arzneimittel und solche für die Selbstmedikation, aber auch eine Vielzahl von Nahrungsergänzungsmitteln und Körperpflegemitteln. In Deutschland handelt es sich hierbei um ca. 60.000 Arzneimittel und 30.000 Produkte des Rand- und Nebensortiments (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 283f.). Da eine Apotheke maximal nur 4.000 bis 8.000 Artikel vorrätig hat, wird jede Apotheke in der Regel dreimal täglich von zwei verschiedenen Großhändlern beliefert. Eine Pharmazentralnummer (PZN), die der Unternehmer bei der Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH (IFA) zu beantragen hat, ist Voraussetzung für die Lieferung durch den Großhandel. Bei Arzneimitteln ist eine gültige Zulassung Voraussetzung für die Aufnahme in die IFA-Datenbank. Alle vierzehn Tage wird den Großhandlungen, Apotheken und Krankenhäusern die IFA-Datenbank zur Verfügung gestellt. Neben der PZN des jeweiligen Produkts enthält sie weitere wichtige Daten wie Preise, Festbeträge, Art des Vertriebswegs etc. (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 284).

Sehr teure, oftmals verschreibungspflichtige Arzneimittel liefern die Hersteller meist direkt an die Apotheken, denn hier ist die aus der Arzneimittelpreisverordnung resultierende Spanne des Großhandels so hoch, dass es für den Hersteller wirtschaftlich inte-

ressant sein kann, die Apotheke direkt zu beliefern. Ein Preisnachlass ist hier dennoch nur in der Höhe der Großhandelsspanne erlaubt, weshalb dieses Argument eher untergeordnet ist. Der Hersteller will vielmehr durch die Direktbelieferung einen genauen Überblick über das Einkaufsverhalten der Apotheken erhalten (vgl. Dambacher/Schöffski 2008, 284).

Aber auch rezeptfreie Arzneimittel werden zum Teil vom Hersteller direkt an die Apotheke geliefert. Motiv hierfür ist, die Apotheke durch die Gewährung von Preisnachlässen zur Promotion und zum Abverkauf von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu animieren (vgl. Dambacher/Schöffski 2008, 284).

Es ist verständlich, dass sich der Großhandel, welcher in heftiger Konkurrenz mit anderen Großhändlern um ihre Abnehmer steht, darüber beklagt, dass er vielfach von der Belieferung mit hochpreisigen Arzneimitteln ausgeschaltet wird. Denn „der Umsatz des Großhandels entwickelt sich derzeit unterproportional zum Markt, da die Direktbelieferung der Industrie an Apotheken überproportional steigt.“ (Dambacher/Schöffski 2008, 284).

Das bisherige System der Arzneimittelversorgung steht vor gewaltigen Herausforderungen, denn die Initiative einiger Pharmahersteller zum Ausbau des Direktgeschäftes zur stärkeren Kontrolle der Vertriebswege könnte einen grundsätzlichen Systemwechsel in der Distribution von Arzneimitteln einleiten. Dabei müsste der Großhandel entweder auf erhebliche Volumina verzichten oder aber eine Funktionsumwandlung vom Vollversorger zum reinen Logistikdienstleister erfahren (vgl. Dambacher/Schöffski 2008, 284).

4.2.2 Der pharmazeutische Einzelhandel: Die Apotheke

Für den größten Teil der Arzneimittel haben die Apotheken ein Abgabemonopol. Nur als freiverkäuflich deklarierte Arzneimittel dürfen außerhalb von Apotheken abgegeben werden und auch dann nur bei Nachweis der Sachkunde, was bedeutet, dass während der gesamten Geschäftsöffnungszeiten eine entsprechend qualifizierte Person anwesend sein muss. In § 17 der Apothekenbetriebsordnung heißt es, dass Arzneimittel und apothekenübliche Waren nur in den Apothekenbetriebsräumen und Arzneimittel nur vom pharmazeutischen Personal abgegeben werden dürfen. Nur für Einwegspritzen und Kondome gibt es eine Ausnahme für die Abgabe in Apothekenräumen. Diese dürfen beispielsweise auch über Automaten verteilt werden (vgl. Dambacher/Schöffski 2008, 286).

Der Anteil des Versandhandels wird derzeit auf 1% geschätzt. Bundesweit haben 1.900 Apotheken eine Versanderlaubnis, wobei weniger als 10% davon aktiv Versandhandel betreiben. „Da der Arzneimittelhandel via Internet eine Eingangspforte für Arzneimittelfälschungen ist, bleibt dessen Legalisierung in Deutschland weiterhin umstritten.“ (Dambacher/ Schöffski 2008, 287). Auch wenn die Vertreter der freien Marktwirtschaft den Internethandel bei Vorlage von Rezepten bei verschreibungspflichtigen Produkten befürworten, lehnen die Repräsentanten der Apotheker den Versandhandel aus Gründen der Arzneimittelsicherheit rigoros ab (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 287).

In Deutschland existiert ein dichtes Netz von Apotheken. Kenner des Pharmamarktes meinen, dass es zu dicht sei. Eine direkte Einflussmöglichkeit einer zentralen Instanz auf die Apothekendichte besteht allerdings nicht mehr, da seit 1958 höchststrichlerlich die Niederlassungsfreiheit für Apotheker festgelegt wurde (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 287). In Deutschland gibt es etwa 21.500 öffentliche Apotheken, darunter etwa 1.800 Filialapotheken. Von einer öffentlichen Apotheke ist die Rede, wenn die Öffentlichkeit ihren Arzneimittelbedarf dort befriedigen kann. Dabei handelt es sich um einen als Ladengeschäft betriebenen Einzelhandelsbetrieb. Obwohl die Apothekerschaft über schlechte wirtschaftliche Bedingungen klagt, war in den letzten Jahren regelmäßig ein Apothekenzuwachs zu verzeichnen. Den größten Umsatz erwirtschaften die Apotheken mit Produkten, bei denen sie das Abgabemonopol haben (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 287).

Bemerkenswert an den Apotheken ist insbesondere die intensive staatliche Regulierung. Da dadurch auch die Besonderheiten des Vertriebswegs für Arzneimittel determiniert werden, werden im Folgenden einige besonders relevante Regulierungsbereiche dargestellt.

Eine wesentliche Komponente der Apothekenregulierung ist das Fremd- und Mehrbesitzverbot. Demnach dürfen grundsätzlich nur approbierte Apotheker eine Apotheke betreiben. Einem Nicht-Apotheker bleibt dieses in jeder Hinsicht verwehrt. Jeder Apothekenleiter darf neben seiner Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken besitzen. Im Gesetz über das Apothekenwesen ist festgelegt, dass der Apotheker zur persönlichen Leitung seiner Apotheke verpflichtet ist, was praktisch nur dann möglich ist, wenn er ganztätig in seiner Apotheke anwesend ist. Daraus folgt, dass ein Apotheker nur eine Apotheke besitzen darf, wobei auch in jeder Filialapotheke ein Apotheker anwesend sein muss. Hier spricht man vom Mehrbesitzverbot. Apothekenketten sind somit in Deutschland derzeit nicht möglich (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 288f.). Ebenso beabsichtigt der deutsche Gesetzgeber nicht, das Fremdbesitzverbot zu ändern, sofern er nicht von der EU dazu gezwungen wird.

Im „normalen“ Einzelhandel sind Kooperationen mit Partnern anderer Handelsstufen nicht unüblich. Apotheker dagegen sind mit einem Arzneimittelbevorzugungsverbot belegt. Das bedeutet, „sie dürfen sich nicht verpflichten bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder die Auswahl von Produkten bezüglich bestimmter Anbieter zu beschränken. Auch darf der Apotheker oder sein Personal mit Personen, die sich mit der Behandlung von Patienten beschäftigt, keine Verträge oder Absprachen treffen, die die bevorzugte Lieferung von Arzneimitteln oder die Zuführung von Patienten bzw. von Verschreibungen zum Inhalt hat.“ (Dambacher/ Schöffski 2008, 289).

Ebenso ist festgelegt, dass nur apothekenübliche Waren in den Verkauf gebracht werden dürfen. Auf der anderen Seite haben die Apotheken für den größten Teil der Arzneimittel ein Abgabemonopol, dort konkurrieren sie nur mit anderen Apotheken um den eigenen Marktanteil. Existiert eine Verschreibungspflicht für Medikamente, sind die Apotheker an das gebunden, was der Arzt auf dem Rezept verordnet hat, somit herrscht ein weitgehendes Substitutionsverbot für unterschiedliche Wirkstoffe. Lediglich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln ist der Apotheker zu Substitution im Rahmen der Aut idem-Reglung verpflichtet, insbesondere wenn ein Rabattvertrag zwischen Hersteller und Kasse besteht (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 289f.).

Die wesentlichste Regulierung der Apotheken ist aber im Bereich der Preisgestaltung zu sehen. Der Gesetzgeber hat mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz als Vorschaltgesetz zum 1. Mai 2006 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007 wesentliche Punkte neu geregelt. Naturalrabatte auf Arzneimittel wurden ausnahmslos verboten und Barrabatte bei verschreibungspflichtigen Produkten auf die Gestaltungsmöglichkeiten der Arzneimittelpreisverordnung beschränkt. Der hinterlegte Abgabepreis darf bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht mehr unterschritten werden. Ebenso wurde der Apothekenabschlag auf Arzneimittel von 2,00€ auf 2,30€ angehoben. Die Preise für Zytostatika-Zubereitungen zur direkten Anwendung am Patienten in der ärztlichen Praxis können von den Krankenkassen durch Verträge mit den Apotheken vereinbart werden (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 290).

4.2.3 Krankenhausapotheken

Die Arzneimittelverordnung gilt nicht für Krankenhäuser. Die Preise für Arzneimittel können also frei gestaltet werden. Allerdings ist den Krankenhäusern eine Abgabe dieser Präparate an Externe nicht gewährt, sie dürfen nur in der Klinik verwendet werden.

Eine Ausnahme stellt die Abgabe von Medikamenten an Mitarbeiter der Klinik und deren Angehörige dar. Bei ambulant durchgeführten Therapien regelt § 14 Abs. 4 ApoG die Abgabe zur unmittelbaren Anwendung am Patienten in den Ambulanzen des Krankenhauses. Etwa 2.140 Krankenhäuser existieren in Deutschland, davon ca. 560 mit Vollapotheken. Gerade Universitätskliniken und andere größerer Krankenhäuser beziehen Arzneimittel erheblich günstiger als normale Nachfrager. Dafür spielen folgende Gründe eine Rolle:

1. Abnahme größerer Mengen
2. Handelsspannungszuschläge fallen weg
3. Ärzte (in Ausbildung) sammeln Erfahrungen mit einem Arzneimittel und verordnen es eventuell ihr Leben lang, wenn sie sich niedergelassen haben.
4. Stationär aufgenommene Patienten werden mit diesen Präparaten „antherapiert“, der niedergelassene Arzt führt vielfach diese Therapie fort.

Aus diesen Gründen kann ein Hersteller geneigt sein ein Präparat preisgünstiger anzubieten. Um günstige Beschaffungsquellen zu erschließen, bündeln die Krankenhäuser ihre Arzneimiteleinkäufe über 46 Einkaufsgruppen (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 293).

4.3 Vertriebswegeentscheidung

Wie bereits deutlich geworden existieren nicht allzu viele alternative Vertriebswege für pharmazeutische Produkte. Handlungsoptionen sind dennoch offen. Aus Herstellersicht ist ein elektronisches, standardisiertes Bestellverfahren vorzuziehen. Auf der Ebene zwischen Hersteller und Großhändler ist dies bereits realisiert, bei den übrigen Vertriebswegen sind noch Verbesserungen bei der Standardisierung möglich. Insbesondere zu den Krankenhäusern liegt dies im beidseitigen Interesse. Dennoch sind viele Krankenhäuser mit der Ist-Situation zufrieden, da die Lösung per Fax preiswert ist und kaum zusätzlichen Aufwand bedeutet. Außerdem ist die Lieferzeit der Hersteller so kurz, und das Kliniknetz bleibt vom Internet getrennt. Vorteile eines elektronischen Bestellverfahrens sind unter anderem: die durchgehende Lösung, keine Parallelerfassung, schneller, sicher, fehlerfrei, effizient, Möglichkeit der Datenrückübertragung (Auftragsbestätigung, Lieferschein, Rechnung), interaktiv, verbesserter Informationsfluss (vgl. Dambacher/ Schöffski 2008, 294f.).

4.4 Das Vertriebscontrolling

„Die Funktion des Vertriebscontrollings an der Schnittstelle zwischen Verkauf, Vertriebsführung und Controlling ist die Planung, Steuerung, Koordination und Kontrolle aller vertrieblichen Prozesse und Institutionen.“ (Kühnapfel 2017, 5). Das Vertriebscontrolling hat damit eine Informations- und Unterstützungsfunktion und zwar in erster Linie für die Vertriebs- und Unternehmensführung. Das Vertriebscontrolling arbeitet ausschließlich unternehmensintern mit allen betrieblichen Funktionalbereichen, die Daten für ihre eigene Wertschöpfungskette benötigen (vgl. Kühnapfel 2017, 5f.). Das Vertriebscontrolling ist vor allem durch die Unvollkommenheit von Organisationen wichtig. „Würde ein Unternehmen perfekt funktionieren, wären die Aufgaben des Vertriebscontrollings auf Effizienzvergleich reduziert.“ (Kühnapfel 2017, 6).

Das Vertriebscontrolling stellt eine Instanz dar, die sich zwischen dem Verkäufer (dem Außendienst) und dem Manager positioniert. Für diese Aufgabe bedarf es einen oder mehrere Spezialisten, der sich gleichermaßen im Vertrieb und im Controlling auskennt (vgl. Kühnapfel 2017, 7).

Das Anforderungsprofil eines Vertriebscontrollings ist sehr abstrakt. Zuerst lassen sich drei Grundprinzipien unterstellen, nach denen er agiert:

1. „Abstraktion: Verallgemeinerung von Erkenntnissen, die sich als geeignet herausgestellt haben, Zusammenhänge allgemeingültig zu erklären.“ (Kühnapfel 2017, 10).
2. „Fragmentierung: Zerlegung von Wirkzusammenhängen in Einzelrelationen, die sich beschreiben und bewerten lassen. Dieser Mechanismus, bei dem die Wirkungen einer Variable auf eine andere Variable untersucht wird, gleicht der Formulierung von Hypothesen.“ (Kühnapfel 2017, 10).
3. „Objektivierung: Überführung von „empfundene“ oder „vermutete“ Wirkungszusammenhängen oder Zuständen in messbare, objektiv nachvollziehbare Reaktionen.“ (Kühnapfel 2017, 10).

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, sollte ein Vertriebscontrolling die Fähigkeiten: analytisches Verständnis, Methodenwissen und Kreativität besitzen, mit welchen er dann auch für folgende Aufgabengebiete gewappnet ist:

1. Unklare Determinanten: Welche Kenngrößen beeinflussen ein gesuchtes Ergebnis? Der Preis? Die Produktgestaltung? Das Auftreten des Verkäufers? (vgl. Kühnapfel 2017, 10).
2. Unklare Ausgangskonstellation: Eingrenzen von Parametern zu Beginn einer Analyse (vgl. Kühnapfel 2017, 10).

3. Unklare Informationsbedarfe: Interne Kunden fragen Informationen nach, jedoch ist unklar ob diese auch ihre Fragen beantworten.
4. Subjektivität: Der Vertriebscontroller bekommt Inputdaten aus (Kassen-) Systemen oder beispielsweise aus der Buchhaltung oder den Verkäufern. Letztere werden ihre Informationen bewusst oder unbewusst filtern, entsprechend ihrer persönlichen Ziele (vgl. Kühnapfel 2017, 11).
5. Begrifflichkeiten: Die Sprache des Verkaufs ist qualitativ und sorgt auch zwischen Vertriebscontrollern und Verkäufern für Missverständnisse. Der Vertriebscontroller muss daher klare Begrifflichkeiten etablieren um Missverständnisse zu hinterfragen (vgl. Kühnapfel 2017, 11).

In fast drei Viertel der Unternehmen im deutschsprachigen Raum findet zumindest teilweise ein systematisches Vertriebscontrolling statt. Jedoch bei nur 27% sehr konsequent mit einem durchgängigen Ansatz. Dies hat meist mit der Vertriebsorganisation zu tun. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Rahmenbedingungen für das Vertriebscontrolling zum Großteil noch nicht ausreichend sind und Vertriebsmitarbeiter sich typischerweise nicht sehr wohl damit fühlen, dass ihre Arbeitsergebnisse detailliert in Augenschein genommen werden (vgl. Pufahl 2014, 1). Die Entstehung eines zufriedenstellenden Umsatzeffektes, trotz nicht optimaler Bedingungen- zeigt jedoch, welche Potenziale bei einer Optimierung des Controllings freigesetzt werden können. Voraussetzung dafür ist, dass vor allem eine klare strategische Ausrichtung geschaffen wird. „Die in der Praxis häufig durchgeführte Vergangenheitsbetrachtung mittels operativen Vertriebscontrollings trägt zwar zu einem besseren Verständnis bei, ist allerdings nicht umfassend genug.“ (Pufahl 2014, 2). Eine moderne Vertriebssteuerung muss klare Ziele definieren, Risiken prüfen und Alternativen vorgeben (vgl. Pufahl 2014, 2f.).

5 Der Pharmareferent

Das 5. Kapitel beschreibt das heutige Berufsbild eines Pharmareferenten und die strengen gesetzlichen Regelungen die in jedem Falle eingehalten werden müssen. Außerdem gibt das Kapitel Aufschluss darüber, wie der Vertrieb den Außendienst organisiert und steuert.

5.1 Das Berufsbild des Pharmareferenten

Der Pharmareferent stellt eine Schnittstelle zwischen den medizinischen Dienstleistern und der Pharmaindustrie dar. Zur Zielgruppe des Pharmareferenten gehören verschiedene Ärzte, Heilpraktiker, Apotheker und Pharmazeuten. Sobald in der Pharmaindustrie neue Arzneimittel, neue Medikamente mit neuen Inhaltsstoffen bzw. Verpackungen oder Neuheiten in der Medizintechnik zur Verfügung stehen, organisiert ein Pharmareferent die Kundenbesuche. Der Pharmareferent versteht sich vielmehr als Berater statt als Vertreter, da ein Pharmareferent eine nötige fachliche Ausbildung vorweisen muss, welche im folgenden Kapitel genauer beschrieben ist. Eine der Hauptaufgaben eines Pharmareferenten besteht darin, Beratungstermine wahrzunehmen. Dies erfordert Vorarbeit, denn zunächst muss der Kontakt mit den potenziellen Ärzten und deren Team hergestellt werden. Gerade am Anfang der Laufbahn eines Pharmareferenten ist dies eine der größten Herausforderungen, da die Zeit der Ärzte knapp ist und sie Gespräche mit vertrauten Pharmaberatern bevorzugen. Die Termine selbst zeichnen sich durch Fachgespräche aus. Der Pharmareferent erläutert im Detail die Wirkweise eines der Medikamente, welches er vertritt. Meist werden Gratismuster verteilt, um den Arzt durch Weitergabe an Patienten von der Qualität zu überzeugen, in der Hoffnung, dass sich der Arzt bei der nächsten Rezeptaussstellung an das beworbene Medikament erinnert und dies verschreibt. Die Gespräche sind dabei mehr als reine Verkaufsgespräche und finden auf Augenhöhe statt. Der Pharmareferent balanciert dabei zwischen den Umsatzvorgaben seitens des Unternehmens und dem Vertrauen, das die Ärzte ihm entgegenbringen.

Der Pharmareferent nimmt ebenso Rückmeldungen bezüglich bereits etablierter Medikamente entgegen und bespricht, ob die Wirkungsweise zur vollen Zufriedenheit ausfällt oder ob Nebenwirkungen auftreten. All das wird von ihnen fein säuberlich dokumentiert und als Feedback an das Pharmaunternehmen weitergegeben. Dies ist besonders wichtig, denn Pharmareferenten haben den direkten Draht zum Kunden und können so wesentlich zur der Verbesserung von Pharmaerzeugnissen beitragen.

5.2 Gesetzliche Regelungen

Ein Pharmareferent muss neben Fragen zur Wirksamkeit und Nebenwirkungen eines Medikamentes auch tiefgreifendere Fragen der Ärzte beantworten können. So muss er Kenntnisse über Unterschiede zu anderen Präparaten, die Zusammensetzung der Inhaltsstoffe oder gesundheitspolitischen Neuerungen besitzen (Vgl. Kohorst/ Bierbaum/ Schöffski 2008, S. 318). Aufgrund dessen muss sichergestellt werden, dass die Tätigkeit als Pharmareferenten nur mit entsprechender Ausbildung ausgeübt werden kann. Der vierzehnte Abschnitt des Arzneimittelgesetzes lautet „Informationsbeauftragter, Pharmareferent“ und enthält die Paragraphen § 74a bis §76.

§75 Abs. 1 AMG legt fest, wer den Beruf des Pharmareferenten ausüben darf. Es dürfen ausschließlich Personen im Außendienst tätig werden, die die in Abs. 2 dargelegten Sachkenntnisse besitzen (Vgl. Kohorst/ Bierbaum/ Schöffski 2008, S. 318).

(1) Pharmazeutische Unternehmen dürfen nur Personen, die die in Abs. 2 bezeichneten Sachkenntnisse besitzen, beauftragen, hauptberuflich Angehörige von Heilberufen aufzusuchen, um diese über Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 fachlich zu informieren (Pharmaberater). Satz 1 gilt auch für eine fernmündliche Information. Andere Personen als in Satz 1 bezeichnet dürfen eine Tätigkeit als Pharmaberater nicht ausüben.

(2) Die Sachkenntnis besitzen

1. Apotheker oder Personen mit einem Zeugnis über eine nach abgeschlossenem Hochschulstudium der Pharmazie, der Chemie, der Biologie, der Human- oder der Veterinärmedizin abgelegte Prüfung,

2. Apothekerassistenten sowie Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als technischer Assistenten in der Pharmazie, Chemie, der Biologie, der Human- oder Veterinärmedizin,

3. Pharmareferenten.

(3) Die zuständige Behörde kann eine abgelegte Prüfung oder abgeschlossene Ausbildung als ausreichend anerkennen, die einer der Ausbildungen der in Absatz 2 genannten Personen mindestens gleichwertig ist.

Die zu starke Beeinflussung der Pharmaunternehmen auf die Arzneiverordnung soll durch §76 Abs. 2 AMG verhindert werden. Hierbei wird eine Dokumentation der an die Ärzte herausgegebenen Gratismuster vorgeschrieben. Empfänger, Anzahl und Zeit-

punkt müssen schriftlich festgehalten werden und auf Verlangen der zuständigen Behörden vorgelegt werden. Die Gratismuster, die sich als kleinste erhältliche Packungsgröße eines Arzneimittels definieren, dürfen nach §47 Abs. 4 AMG an jeden Arzt nur einmal jährlich in zweifacher Ausführung abgegeben werden. Ebenso darf dies, laut Gesetz, nur nach schriftlicher Anforderung geschehen. Die geschieht in der Praxis aber meist unaufgefordert. §47 Abs. 4 AMG weist ebenfalls auf eine genaue Dokumentation der Musterabgabe hin. Auch vorgeschrieben ist die zusätzliche Überlassung von Fachinformationen zu dem abgegebenen Muster.

Eine weitere gesetzliche Grundlage für Pharmaunternehmen bildet das Gesetz über die Werbung. Die Ursache für die hohe Bedeutung des Außendienstes in der Pharmaindustrie ist §10 HWG. Demnach ist Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur, „bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Personen, die mit diesen Arzneimitteln erlaubterweise Handel treiben“ erlaubt. Die restlichen Paragraphen beinhalten Angaben, die die Arzneimittelwerbung enthalten muss, das Werbeverbot für nicht zugelassene Arzneimittel und das Werbeverbot in Packungsbeilagen. Hinweise wie „Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage oder fragen Sie ihren Arzt oder Apotheker“ sind durch das HWG vorgeschrieben. Diesen Zusatz müssen Pharmaunternehmen im Anschluss an ihre Werbung anzeigen und vorlesen. Handelt es sich um freiverkäufliche Arzneimittel ist dieser Zusatz nicht notwendig, wenn es bei diesem Medikament zu keinen Nebenwirkungen kommen kann.

Der Pharma-Kodex, welcher vom Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH), dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BIP) und dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) herausgegeben wurde, ist kein richtiges Gesetz. Es handelt sich dabei um eine Vielzahl von Verhaltensempfehlungen für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten. Verstöße der Pharmaindustrie werden außergerichtlich geregelt und im schlimmsten Fall mit einer Geldbuße geahndet. Der zweite Teil des Kodex stellt die Zusammenarbeit mit Ärzten dar. Punkt 4.6 des Pharma-Kodex lautet: „Es ist unzulässig, Ärzte oder Dritte für die Verordnung und die Anwendung eines Arzneimittels oder die Empfehlung eines Arzneimittels gegenüber dem Patienten ein Entgelt oder einen sonstige geldwerten Vorteil anzubieten, zu gewähren oder zu versprechen“. Punkt 6 zeigt welche Leistungen bei Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen von der Pharmaindustrie erbracht werden dürfen. In 6.2 heißt es, dass Ärzte Reise-, Übernachtungs- sowie Bewirtungskosten übernommen werden dürfen, sofern es sich um berufsbezogene Veranstaltungen handelt. Kosten für Unterhaltung dürfen nicht übernommen werden. Die Punkte 6.2, 6.3 und 6.4 betonen, dass die Übernahme der Reise- und Bewirtungskosten einen angemessenen Rahmen nicht überschreiten dürfen. Nach 6.3 darf ein Tagungsort nur nach rein sachlichen

Gesichtspunkten gewählt werden und nicht nach seinem Freizeitwert. Die Kostenübernahme für Begleitpersonen wird im Punkt 6.7 ausgeschlossen.

5.3 Instrumente der Vertriebs- und Außendienststeuerung

Folgendes Kapitel erklärt den Aufbau und die Struktur von Außendienstorganisationen und wie die Planung von Aktivitäten und Investitionen. Desweiteren erfolgt eine Betrachtung wie diese Aktivitäten beobachtet und gemessen werden.

5.3.1 Struktur von Außendienstorganisationen

Eine grundlegende Basis für die Effektivität und die Effizienz vertrieblicher Aktivitäten ist die Struktur von Außendienstorganisationen. Das Grundkonzept einer solchen Struktur kann entweder über die Anzahl der Außendienstlinien oder die generelle Zielgruppe auf übergeordneter Ebene wie beispielsweise niedergelassene Ärzte, Klinikärzte und Großkunden festgelegt werden (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S. 301). Wichtig hierbei ist, dass das Grundkonzept in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterzogen wird, da sich die verschiedenen Einflussnehmer im Laufe des Produktlebenszyklus in ihrer Rolle verändern können. Ist die Grundstruktur festgelegt bedarf es einer Abschätzung des notwendigen Umfangs an Aktivitäten, welche bei einem Außendienst vor allem die Besuche bei Zielgruppen sind. (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.301). Bei einer kleinen Außendienstlinie mit ca. 30 Mitarbeitern und einer stark fokussierten Facharztzielgruppe sind drei bis vier Besuche ein realistischer Erwartungswert. Neun bis zehn Besuche sind es dagegen bei einer großen Außendienstlinie mit ca. 120 Mitarbeitern und weniger stark fokussierten Zielgruppen im Bereich Allgemeinärzte und praktische Ärzte (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.301). Nach der Bestimmung der Zahl der Außendienstmitarbeiter erfolgt die eigentliche Gebietsstrukturierung, das bedeutet „die Festlegung der geografischen Grenzen aller Mitarbeitergebiete.“ (Guminski/ Utsch 2008, S.301). Vor der Strukturbildung müssen jedoch die Kriterien bestimmt werden, nach denen die Struktur gebildet werden soll. Es stellt sich also die Frage, ob die Anzahl der Ärzte, der Produktumsatz, das Produktpotenzial (Marktumsatz) oder die Einwohner- bzw. Patientenzahl gleich sein soll innerhalb eines Gebietes. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Frage, ob eine neue Struktur erstellt werden soll, wenn Mitarbeiter das betreffende Produkt noch nicht beworben haben oder aus der Vorge-

schichte schon eine Beziehung zwischen Außendienstmitarbeiter und der Zielgruppe besteht (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.302).

„Besteht eine erhaltenswürdige Vorgeschichte, ist die Minimierung der Brüche dieser wertvollen Kundenbeziehungen meistens oberstes Ziel der Neustrukturierung.“ (Guminski/ Utsch 2008, S.302). Vor allem bei Produkten, die in der späten Phase des Produktlebenszyklus sind, sind oftmals langjährige persönliche Beziehungen zwischen Arzt und Pharmareferent die wichtigsten Treiber des Produkterfolgs.

Sind all diese Kriterien definiert, beginnt die Zusammenstellung der Gebiete. Diese wird auf Grundlage einer geografischen Basissystems vorgenommen. IMS Health bietet hier für das System Landscape an, welches als Industriestandard genannt werden kann. „Landscape ist eine Struktur aus zurzeit 1.900 geografisch definierten Segmenten der kleinsten Granulität. Gebiete die auf einer Zusammenfassung mehrere Landscape-Segmente beruhen und alle rechtlichen Bedingungen erfüllen, können später mit exakt gebietsspezifischen Umsatz- und Absatzdaten versorgt werden.“ (Guminski/ Utsch 2008, S.301). Die Entstehung der Gebietsstruktur erfolgt meist durch helfende Programme unter der Berücksichtigung der oben genannten und ausgewählten Kriterien. Doch trotz aller Unterstützung durch Software kann nicht immer eine endgültige Struktur geschaffen werden. Detailänderungen werden nötig durch Besonderheiten wie Flussläufe, Brückenstandorte, Verkehrswege oder Praktikabilität des Gebietszuschnitts hinsichtlich der Wohnorte der betroffenen Mitarbeiter. Je nach Größe und Struktur werden hierfür noch einmal die Regionalleiter konsultiert oder Personen, die am besten aus eigener Vertriebserfahrung lokale Besonderheiten gut kennen. Bei der Erstellung der Gebietsstruktur ist noch ein wichtiges Kriterium darüber hinaus zu beachten. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, welches am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, schreibt in § 305a SGB V vor „(...) Ist gesetzlich oder durch Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Region mit mindestens jeweils 300.000 Einwohnern oder mit jeweils mindestens 1.300 Ärzten insgesamt in Anspruch genommene Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren (...)“ (Guminski/ Utsch 2008, S.303). Da-

durch wird in der Praxis die Beziehbarkeit von regionalen Absatz-, Umsatz-, und Verordnungsdaten auf Gebiete mit mindestens 300.000 Einwohnern oder 1.300 Ärzten beschränkt. Bricht man diese Zahl auf die ca. 83 Millionen Einwohner runter und berücksichtigt man Schwankungen, die sich aus schiefen Verteilungen ergeben, kann man in der Praxis von realen Maximalgrößen von 250 Gebieten ausgehen (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.303). Nun ist eine Außendienstlinie komplett fertiggestellt.

Als klassischen Außendienstaufbau kann man mehrere Außendienstlinien mit jeweils einer geografischen Struktur bezeichnen, die möglichst ähnliche Produkte desselben Indikationsgebietes besprechen. Üblicherweise hat jeder dieser Außendienstlinien einen übergeordneten Regionalleiter und einen landesweit zuständigen Linienleiter. Dieser Aufbau hat den Vorteil, dass die Struktur den Produkten genau angepasst werden kann und dass Gebietsschutz besteht, womit alle Umsätze eines Gebietes dem jeweiligen Pharmareferenten zugeordnet werden können. Ein Nachteil dieser Struktur ist jedoch, dass Aktivitäten verschiedener Linien bei denselben Ärzten kaum koordiniert werden können und dass die Flexibilität der Gestaltung der Promotionsaktivitäten sehr gering sind.

Produktlinie 1	Produktlinie 2	Produktlinie 3
<ul style="list-style-type: none"> • Region 1 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3 • Region 2 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Region 1 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3 • Region 2 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Region 1 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3 • Region 2 <ul style="list-style-type: none"> • MA 1 • MA 2 • MA 3

Abbildung 8: Klassischer Außendienstaufbau (Quelle: Guminski/ Utsch 2008, 3).

Eine Alternative zum klassischen Außendienstaufbau ist die Erstellung einer zentralen geografischen Basisstruktur mit variabler Besetzung und Zuständigkeit für Personen. Voraussetzung hierfür ist lediglich die Anzahl der zu bewerbenden Produkte und dass diese in Gesprächskombinationen einigermaßen gut vereinbar sind (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.304). Ein großer Vorteil dieser Struktur ist eine deutlich stärkerer Kundenzentriertheit. Eine solche Struktur kann beispielsweise für niedergelassene Hausärzte und Spezialisten gemacht werden, so können spezifische Anforderungen an diese Zielgruppe ideal angepasst werden. Teilen sich mehrere Außendienstmitarbeiter

das selbe geografische Gebiet, lassen sich im Team die Maßnahmen zur Koordination und Synchronisierung der individuellen Aktivitäten deutlich besser abstimmen, wie die Regelmäßigkeit der Besuchsaktivität und die Vermeidung von Mehrfachbesuchen am gleichen Tag (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.303).

Produktschwerpunkt	1	2	3
Region 1			
• Gebiet 1	MA 1-1	MA 1-2	MA 1-3
• Gebiet 2	MA 2-1	MA 2-2	MA 2-3
• Gebiet 3	MA 3-1	MA 3- 2	MA 3-3
Region 2			
• Gebiet 1	MA 1-1	MA 1-2	MA 1-3
• Gebiet 2	MA 2-1	MA 2-2	MA 2-3
• Gebiet 3	MA 3-1	MA 3- 2	MA 3-3

Abbildung 9: Alternativer Außendienstaufbau (Quelle: Guminski/ Utsch 2008, 303).

5.3.2 Planung von Aktivitäten und Investitionen

Die richtige Segmentierung sowie die individuelle Zuweisung von Kunden zu Zielgruppensegmenten entfalten nur dann ihren Nutzen, wenn eine Aktivitätenplanung erstellt wird, „die auf den verschiedenen Segmenten aufbaut und spezifisch angepasste, zielführende Kommunikationsinhalte in der richtigen Häufigkeit und auf dem richtigen Kommunikationsweg zum Kunden bringt“ (Guminski/ Utsch 2008, S.311). Produktgespräche, sogenannte Calls, sind die häufigste Kommunikationsaktivität, hier spricht man also auch von Callplanning. Neben den klassischen Produktgesprächen müssen beim Callplanning auch andere Instrumente wie Mailings, eDeatiling, Einladungen zu Weiterbildungsveranstaltungen usw. berücksichtigt werden um eine größtmögliche Effizienz und Synchronisation aller Instrumente zu erreichen (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.311). Ein Callplan enthält die Informationen:

- Wer? (welche Außendienstlinie),
- Was? (Welche Produkte in welcher Reihenfolge),
- Bei wem? (Welches Zielgruppensegment)
- Wann? (In welchem Zeitraum)

Oftmals gibt es Basisinformationen, die als feste Eingangsgröße gehandhabt werden. Dazu gehören beispielsweise die Anzahl der Außendienstmitarbeiter, die Kampagnenzeiträume usw. Weitere Größen können in diesen Planungen variabel gehandhabt werden. In Planungsprozessen werden diese diskutiert und ihre Auswirkung wird bewertet (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.312). Typischerweise gehören zu den weiteren Größen die Besuchshäufigkeit der einzelnen Zielgruppensegmente, die Anzahl der Produktbesprechungen oder die Verteilung der Produkte auf die unterschiedlichen Besprechungspositionen. Das Resultat der Planungsberechnung ist die Reichweite und mittlere Besucherfrequenz, der gesamte Werbedruck der geplanten Aktivitäten sowie seine Verteilung auf die verschiedenen Produkte, die ihrerseits den Schlüssel für die Verteilung der Außendienstkosten auf die Produkte darstellen (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.312). Am Ende des Planungsprozesses sollte dann eine verbindliche Entscheidung für ein diskutiertes Planszenario stehen, welches dann von der Gruppenebene des Callplans (Zielgruppe beim Kunden, AD-Linie als Gruppen von Außendienstmitarbeitern) auf die Personenebene (einzelner Arzt und einzelner Außendienstmitarbeiter) herunter gebrochen werden kann und im CRM- oder Besuchsberichts-System als Tätigkeitsplanung für jeden einzelnen Mitarbeiter festgehalten werden kann.

5.3.3 Messung und Beobachtung von Vertriebsaktivitäten und -erfolg

„Das Reporting im Vertrieb enthält Aussagen der Vertriebsmitarbeiter über ihre Aktivitäten und Ergebnisse bei den einzelnen Kundenkontakten. Die jeweiligen Reports werden in einem übergeordneten Berichtswesen zusammengefasst und dem Management zur Verfügung gestellt. Auf dieser Basis kann das Management eine Einschätzung der Ertrags- und Risikosituation des Unternehmens vornehmen.“ (Vertriebszeitung 2016).

Für ein gutes Reporting sorgt das sogenannte Monitoring. „Unter Monitoring versteht man eine kontinuierliche Überwachung aktiv laufender Prozesse.“ (<https://www.seo-analyse.com/seo-lexikon/m/monitoring/>). Dieses kann sich auf zwei Ebenen beziehen: die Aktivitäten selbst und der erreichte Erfolg. Die vertrieblichen Aktivitäten werden meist in CRM- und Besuchsberichtssystemen von Mitarbeitern dokumentiert, während sich der erreichte Erfolg an Verordnungs-, Umsatz- oder Marktanteilszahlen sowie an dem Erreichen von Kommunikationszielen, also einer veränderten Wahrnehmung erkennen lässt (Vgl. Guminski/ Utsch 2008, S.312). Beide der genannten Ebenen werden

meist in Datawarehouse-Systemen eingelesen, strukturiert und verdichtet und bilden somit die Grundlage für das Berichtswesen, welches sowohl Innen- als auch Außendienstmitarbeiter mit Informationen versorgt. Wichtig bei der Nutzung solcher Monitoring-Systeme ist, dass man die Daten nicht nur so sieht wie sie kommen: gezielt, vorstrukturiert, verdichtet und somit eingeschränkt, sondern dass man auch den breiten Zugriff beachtet, welcher tiefgehende Analysen und Detailsichten erlaubt (Vgl Guminski/ Utsch 2008, S.312f.). Aus der Sicht der Außendienstmitarbeiter gibt es zwei zentrale Anliegen: Die Information über die eigene Vertriebsleistung, welche üblicherweise die Basis für erfolgsabhängige Vergütung darstellt, sowie die Hilfestellung bei der Optimierung der eigenen Tätigkeiten. Gerade der zweitgenannte Aspekt sollte bei der Gestaltung der Monitoring-Systeme berücksichtigt werden, wenn eine planungsnaher Ausführung der Vertriebsaktivitäten erwartet wird (Vgl Guminski/ Utsch 2008, S.313).

„Ein gutes Monitoring-System sollte einen Außendienstmitarbeiter daher mit zeitnahen und planungsbezogenen Informationen unterstützen und gezielt auf diejenigen Kunden oder Aktivitäten hinweisen, die nicht im Plan liegen.“(Guminski/ Utsch 2008, S.313).

Aus der Management Perspektive liegt das Interesse der Monitoring-Systemen neben dem schnellen und strukturierten Zugriff auf die wichtigsten verkaufsbezogenen Zahlen meist in der analytischen Nutzung bezüglich der Fragen wie nah Plan und Ist beieinander liegen und wie die effektive Wirkung am Markt ist.

6 Digitalisierung der Pharmaindustrie

Die Informationstechnologie ist ein bedeutender Treiber der technischen Innovation der Pharmabranche. Die IT-Branche sowie andere Hightech-Branchen, wie die Nanotechnologie, Gentechnologie und die Biotechnologie revolutionieren die Datenverarbeitung, die Informations- und Kommunikationstechnik sowie die industriellen Prozesse (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 242). Vor allem die Globalisierung und die globale digitale Vernetzung sind Auslöser hierfür. Daneben werden Arzneimittel zukünftig weitaus zielgerichteter und personalisierter aufgrund präziser Kenntnisse. „Die Digitalisierung in Pharma lässt sich im Wesentlichen in 3 Kompetenzfelder unterteilen: eHealth, mHealth und Telemedizin.“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 242).

6.1 E-Health

Mit der Anwendung von elektronischen Geräten befasst sich vor allem eHealth. Diese sind bisher schon weitverbreitet (z.B. Blutdruckmessgeräte für Zuhause). Eine Vernetzung der Geräte und Nutzung der digitalen Daten findet aber praktisch nicht statt, da die Frage wem die Gesundheitsdaten gehören und wie diese ausreichend vor Missbrauch geschützt werden können, noch nicht geklärt ist.

Als eine besondere Herausforderung sind mitunter die steigenden Kosten im Gesundheitssektor zu nennen. Faktoren wie die alternde Gesellschaft, die drastische Zunahme an chronischen Krankheiten, die Behandlung seltener Krankheiten und die steigenden Kosten für Forschung und Entwicklung, um neue Therapieansätze zu finden, tragen zu der Kostensteigerung bei (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 247). Als Schlüssel, den anstehenden Herausforderungen entgegenzutreten, wird die Digitalisierung genannt. „Wenn alle Gesundheitsdaten eines Patienten vernetzt vorliegen, kann man auch die verschiedenen angewandten Therapien sehr gut nachvollziehen und eine erfolgsabhängige Bezahlung an Krankenhäuser, Gesundheitszentren und Ärzten sicherstellen.“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 247). Dies wäre ein sehr kosteneffizientes Beispiel. Neben dem finanziellen Anreiz dürfte noch mehr die Kontrolle der Therapiemaßnahmen überwiegen. Der heutige Patient ist oft sehr verunsichert, ob eine Therapie oder eine Operation wirklich notwendig ist oder ob diese eher durch das wirtschaftliche Interesse der Leistungserbringer bestimmt ist.

Das wirtschaftliche Interesse betrifft natürlich auch die Pharmafirmen. Man könnte darüber nachdenken, eine Bonuszahlung einzuführen, falls ein Medikament die erhoffte

Heilung erzielen würde (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 247). Dabei muss die Wirksamkeit eines Medikamentes gesichert sein, im Endeffekt sogar bezogen auf den individuellen Patienten.

6.2 M-Health

Unter dem Begriff mHealth versteht man die mobilen eHealth-Lösungen. Dazu gehören zum Beispiel Wearables, also tragbare Geräte, die mit Sensoren ausgestattet sind um den Blutdruck, den Puls, den Blutzucker, die Körpertemperatur oder die Schrittzahl zu messen (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 243). Oftmals sind die Wearables über Bluetooth mit Smartphones verbunden, um die digitalen Gesundheitsdaten zu speichern und weiterzuverarbeiten. Dementsprechend kommen immer mehr Gesundheits Apps auf den Markt, bei denen das kommerzielle Interesse im Vordergrund steht. Wie auch bei den Geräten aus dem Bereich eHealth sind diese meist nicht vernetzt womit die aufgenommenen Daten beim Anwender bleiben (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 243). Jedoch arbeiten zahlreiche Unternehmen an Geschäftsmodellen zur kommerziellen Verwertung dieser Daten. So wird der Gesundheitszustand von chronisch Kranken zum Beispiel über Hightech-Kleidung und den Wearables überwacht. Dies führt dazu, dass seltener ein Arzt aufgesucht werden muss und die reguläre Überwachung von medizinisch geschultem Personal übernommen werden kann. So muss der Arzt nur im Falle eines Notfalls eingreifen. Vor allem ländliche Gebiete können von diesem Trend profitieren, da eine Versorgung bereits heute kaum noch gewährleistet werden kann (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 248).

6.3 Telemedizin

Noch gibt es eine Trennung zwischen mHealth und Telemedizin. Denn im Gegensatz zu mHealth-Applikationen, die zur Selbstvermessung dienen, ist die Telemedizin den professionellen Medizinern vorbehalten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Grenzen immer mehr verwischen. Bisher werden Themen wie der telemedizinische Austausch zwischen Ärzten untereinander zur Diagnoseoptimierung von aus der Ferne durchgeführten Operationen, sowie die telemedizinische Überwachung des Gesundheitszustandes eines Menschen, die größten Potenziale zugeschrieben (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 243). In Zukunft geht man davon aus, dass die Patienten online über einen Videolink mit ihrem Arzt kommunizieren und dieser, die über mHealth-Sensoren gesammelten Daten, in einem Gesundheitsreport einsehen kann und auch

Rezepte online ausstellen kann (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 249). Es geht jedoch noch weiter. „Intra- und extrazelluläre Nanosensoren, die unterhalb der Haut injiziert werden, liefern weitere diagnostische Daten, die zu jedem beliebigen Zeitpunkt über ein mHealth Device ausgelesen werden können.“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 249). Auch hierbei wäre der Vorteil eine kontinuierliche Überwachung, die Vermeidung von Notfällen durch Vorhersagen sowie der reduzierte persönliche Arztbesuch.

6.4 Pharma 3.0

„Pharma 1.0 war geprägt von Blockbuster Medikamenten, geschützt durch Patente. Die heutige Pharmawelt (2.0) ist geprägt von Kostensenkungsprogrammen, Erhöhung der operativen Effektivität und diversifizierten Produktmarktmodellen [...]. Pharma 3.0 zeigt auf, dass sich die Pharmabranche von der ausschließlichen Lieferung eines Medikamentes für eine spezifische Krankheit wandelt in Richtung ganzheitlicher Bereitstellung von Medikation und Information [...]“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 244).

Für die Genesung eines Patienten ist in Zukunft die gewählte Therapiestrategie ausschlaggebend, die auch Zusatzleistungen wie Infrastruktur, Information, Dienstleistung und Datenkonnektivität enthält, und nicht mehr das Medikament allein. So bedarf es zur Behandlung chronischer Krankheiten nicht nur des Medikaments allein, denn diese Krankheiten sollen durch ein gesundes Verhalten im alltäglichen Leben gemanagt werden (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 244). Eine alleinige Bereitstellung von Medikamenten ist nicht mehr ausreichend.

Jedoch bieten einige Pharmaunternehmen bereits zusätzliche Dienstleistungen an, diese erreichen den Konsumenten aber bisher nur wenig. Healthcare-Surfer besuchen eher interaktive und servicestarke Gesundheitsportale und Patientenforen als eine Webseite der klassischen Gesundheitsakteure (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 245).

In der Zukunft wird es also darum gehen zu zeigen wie gut das Medikament mit dem Patienten interagiert und dessen Bedürfnisse und Präferenzen zu reflektieren. Digitale Information wird zur neuen Währung. „Der Unternehmenserfolg von Pharmafirmen wird zukünftig davon abhängen, inwieweit relevante digitale Informationen aus unterschiedlichsten Quellen am besten aggregiert und für alle zur Verfügung gestellt werden können.“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 245). Dies verlangt in Zukunft bisher nicht vorstellbare Kooperationen.

6.5 Big Data

Die Verarbeitung von großen Datenmengen birgt eine große Chance für die Pharmabranche. Aus der Analyse von Big Data lassen sich mögliche Krankheitsmuster erkennen und daraus die optimale Therapiestrategie ableiten. Die entscheidende Rolle wird dabei die Frage sein, wie Informationen in werthaltiges Wissen transformiert werden kann. Heutzutage sind die Gesundheitsdaten noch sehr unstrukturiert und quantitativ exponentiell wachsend (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 246).

Durch die Arbeit mit Big Data verspricht man sich die Medizin mehr in Richtung Heilung und Prävention ausbauen zu können oder den Ausbruch von Krankheiten besser vorhersagen zu können. Ebenso kann Big Data bei der Untersuchung des Arzneimittel-Einnahmeverhaltens des Patienten Aufschluss darüber geben, warum ein Medikament nicht eingenommen wurde und welche Auswirkungen diese Nichteinnahme des Medikaments für den Patienten hat (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 249).

6.6 Forschung & Entwicklung

Im Bereich Forschung und Entwicklung verspricht die Digitalisierung von Daten ein enormes Potenzial. „Die Bündelungen aller biomedizinischer Daten könnten z.B. bei der Vervollständigung der molekularen Charakterisierung von Krebskrankheiten helfen.“ (Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 250). Wissenschaftler erhoffen sich über den Zugang einer global vernetzten Datenbank, neue Medikamente schneller entwickeln zu können, ein verbessertes Verständnis über Wechselwirkungen verschiedener Medikamente zu erhalten und unerwünschte Nebenwirkungen zu reduzieren (vgl. Dachtler/ Edinger/ Huber 2017, 250).

6.7 Risiken der Digitalisierung

Gesundheitsdaten sind im höchsten Maß sensibel, so muss das Risiko des Datenmissbrauchs in jedem Fall gewährleistet sein. Es muss eindeutig geregelt sein, wem welche Daten gehören und wer Zugang zu diesen besitzt. Dem Patienten muss der Verwendungszweck von Daten transparent gemacht werden. Im Idealfall würde der Patient selbst bestimmen, wer welche Daten über seinen Gesundheitszustand, die Diagnose und seine Behandlung bekäme.

Desweiteren ist die Internetsicherheit in der Gesundheitsbranche ein Risikofaktor und je mehr medizinische Technologien verwendet werden, desto mehr steigt das Sicherheitsrisiko.

Ebenso besteht ein Risiko in der Verschärfung der gesundheitlichen Ungleichheit aufgrund des sozialen Status. Sozial schwache Personen haben wegen der fehlenden Verfügbarkeit von mHealth Applikationen und anderen Technologien geringeres Wissen über die eigene Gesundheit und Krankheit. Vor allem aber auch die ältere Generation könnte davon betroffen sein, nicht unbedingt weil sie sozial schwach ist, sondern weil sie eine sehr geringe Affinität zu neuen Technologien besitzt.

7 Strategisches Management

7.1 Einführung

Damit ein Unternehmen erfolgreich in einer globalisierten Welt mit komplexen, dynamischen Märkten erfolgreich bestehen kann, muss es Potenziale und Chancen rechtzeitig erkennen und nutzen. Um neue Strategien schnell umsetzen zu können, bedarf es der Schnelligkeit beim Aufgreifen neuer Ideen sowie organisatorische Wendigkeit. Es ist daher unumgänglich, altbewährte Denk- und Handlungsmuster immer wieder zu erweitern oder sogar aufzugeben (vgl. Gatringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 10). Das strategische Management, welches sich mit dem Fundament eines Unternehmens befasst, ermöglicht die Erfassung des „Big Pictures“ in einer sich rasant verändernden Geschäftswelt (vgl. Gatringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 10).

Das folgende Kapitel stellt die einzelnen Punkte des strategischen Managements verkürzt dar.

7.2 Die strategische Analyse

Für die Entwicklung strategischer Funktionen ist ein umfassendes Verständnis über Ressourcen, Fähigkeiten und Kernkompetenzen des Unternehmens sowie Kenntnis umweltbedingter Chancen und Risiken eine wichtige Voraussetzung. Es gibt eine Vielzahl von Methoden und Tools, die für die strategische Analyse verwendbar sind. Hierbei gilt es die passende für die entsprechend strategischen Problem- und Fragestellungen auszuwählen. Folgende Abbildung stellt die externen Analysefelder der Markt- und Umweltanalyse dar.

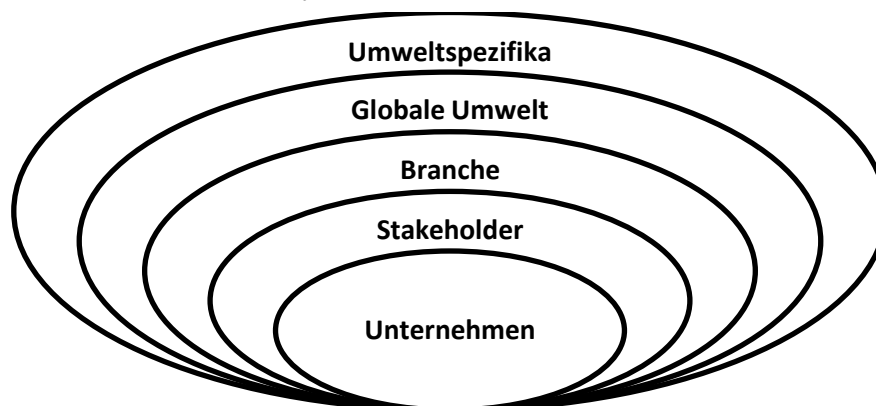


Abbildung 10: Externe Analysefelder der Markt- und Umweltanalyse (Eigene Darstellung in Anlehnung an Gatringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 55).

Die Unternehmensanalyse befasst sich mit der internen Basis und ist von großer Bedeutung für den nachhaltigen Erfolg (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 70).

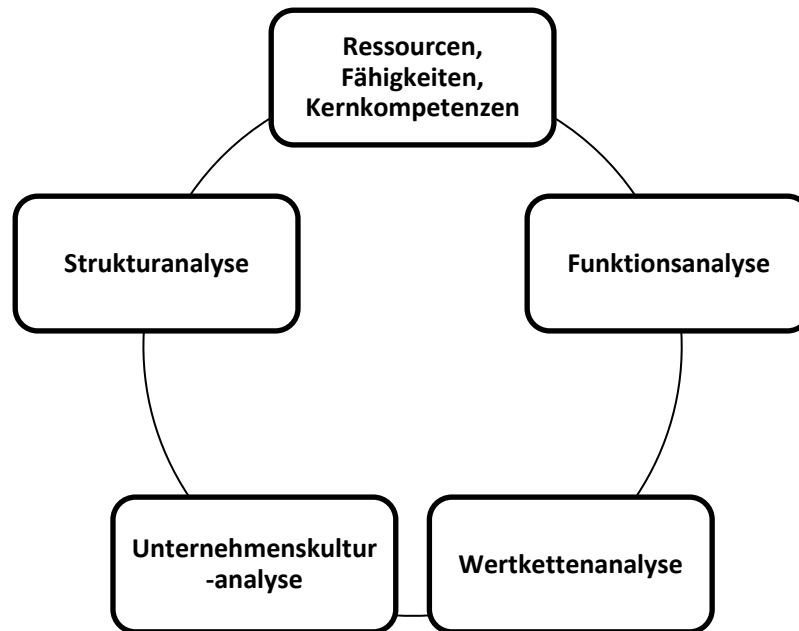


Abbildung 11: Bereiche der Unternehmensanalyse (Eigene Darstellung in Anlehnung an Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 70ff.)

Eine systematische Auseinandersetzung mit der Zukunft gewinnt verstärkt an Relevanz. Die strategische Frühaufklärung befasst sich mit verschiedenen Methoden, die wichtige Ansätze für die Gestaltung eines zukünftigen strategischen Managements liefert. Der Prozess der strategischen Frühaufklärung besteht aus folgenden Schritten:

- Ungerichtetes Abtasten der Unternehmenswelt: Identifikation von Faktoren und Trends (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 87).
- Interpretation und Positionierung: Überprüfung der Relevanz der Faktoren für die Unternehmensentwicklung (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 87).
- Systematische Beobachtung: Beobachtung und Analyse kritischer Faktoren (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 87).
- Vorausschau: Wahrscheinliche Szenarien werden entwickelt (keine Prognose) (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 87).
- Integration der Erkenntnisse: Gewonnene Erkenntnisse werden genau betrachtet und in Strategieformulierung integriert (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 87).

Für den weiteren Strategieprozess stellen die Erkenntnisse der Umwelt- und Unternehmensanalyse eine wichtige Grundlage dar (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl

2013, 90). Die SWOT-Analyse ist eine gängige Methode um die verschiedenen Analyseergebnisse systematisch darzustellen. Sie verbindet dabei die Chancen und Risiken aus der Umwelt mit den Stärken und Schwächen des Unternehmens (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 90).

7.3 Strategieformulierung

Für die Strategieentscheidung stehen einem Unternehmen viele strategische Optionen zur Verfügung. Diese lassen sich in verschiedenen organisatorischen Ebenen differenzieren. Die Unternehmensstrategie steht auf der obersten Ebene und entscheidet über die Entwicklung der einzelnen Geschäftsbereiche. Die Wachstumsstrategie, die Stabilisierungsstrategie sowie die Desinvestitionsstrategie stehen bei der Entscheidung zur Auswahl. Folgende Abbildung stellt die vier verschiedenen Wachstumsstrategien dar.

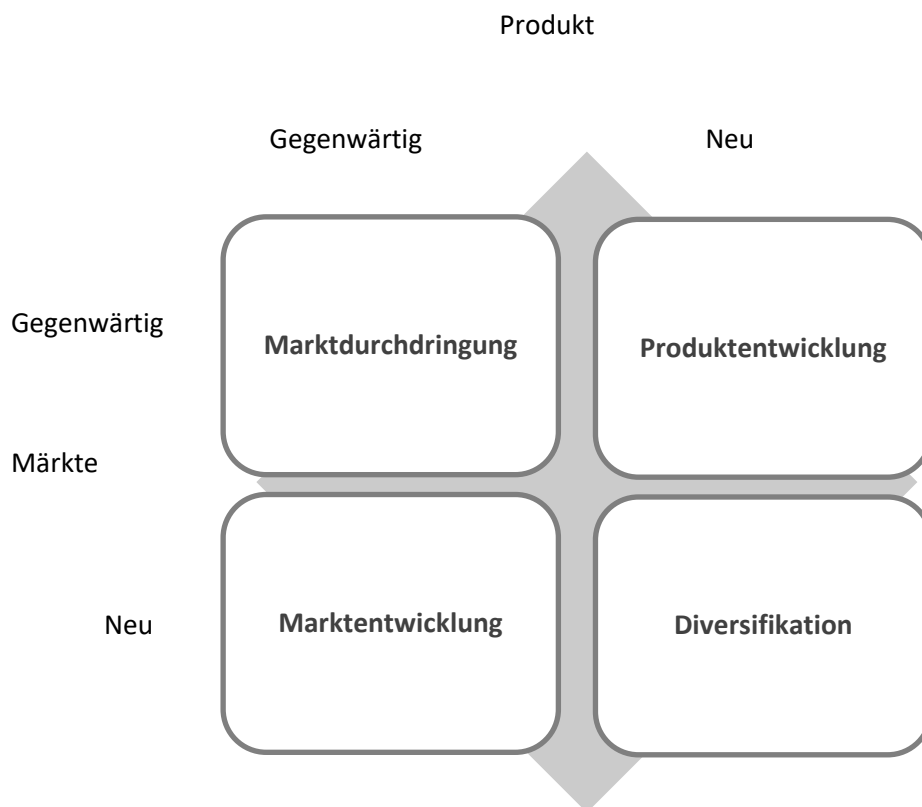


Abbildung 12: Wachstumsstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 107).

Darüber hinaus kann eine Strategie des integrativen Wachstums (horizontale und vertikale Integration) gewählt werden.

Die strategische Ausrichtung der einzelnen Geschäftsbereiche wird durch die Geschäftsbereichsstrategie festgelegt.

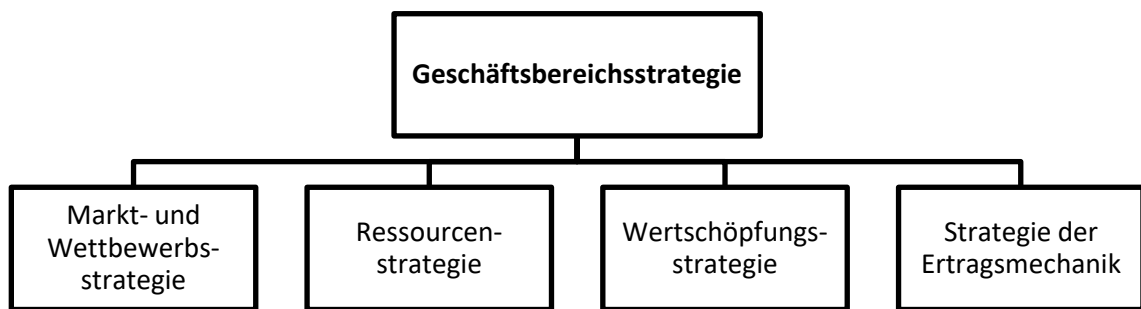


Abbildung 13: Geschäftsbereichsstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 116).

Die Funktionalstrategie konkretisiert die Unternehmens- und Geschäftsbereichsstrategie, denn für die Umsetzung in den Funktionsbereichen sind diese Strategien noch zu allgemein. Sie werden also nochmals im Hinblick auf die Konsequenzen für die Funktionsbereiche analysiert.

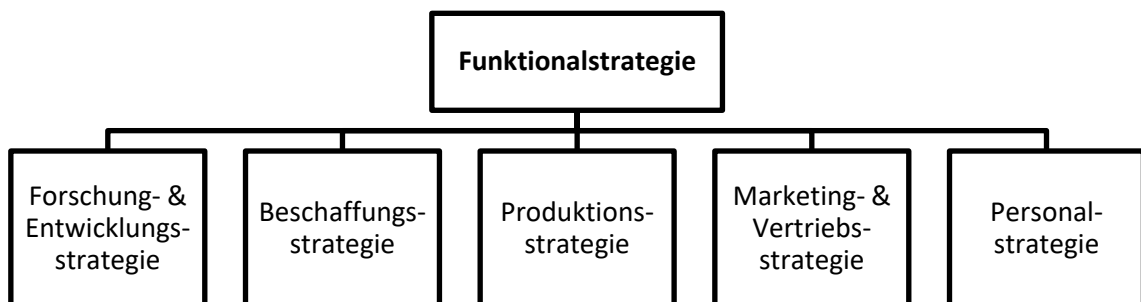


Abbildung 14: Funktionalstrategien (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 130).

Bei der strategischen Entscheidung wird entschieden, welche strategischen Optionen Wirklichkeit werden. Folgende Faktoren beeinflussen diese:

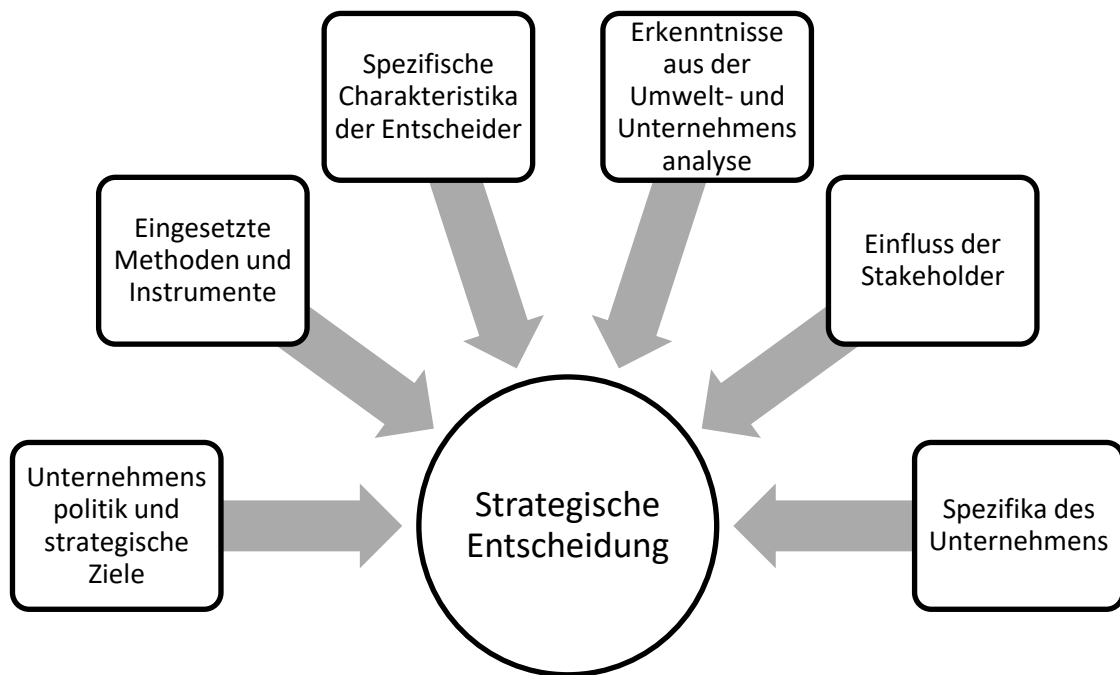


Abbildung 15: Einflussfaktoren für die Entscheidung strategischen Optionen (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 134).

Zum Schluss ist noch zu sagen, dass sich auch immer Strategien herausbilden können, die nicht geplant und formuliert wurden, sondern aus dem täglichen Handeln entstanden sind, die sogenannten emergenten Strategien.

7.4 Strategieimplementierung

Die Phase der Strategieimplementierung bekommt eine besondere Beachtung, da sie zu den herausforderndsten Aufgabe der Unternehmensleistung gehört, denn Pläne zu machen ist einfach, sie im Endeffekt aber tatsächlich umzusetzen ist etwas ganz anderes. Voraussetzung einer erfolgreichen Implementierung ist die Abstimmung der Erfolgsfaktoren: Struktur, Unternehmenskultur, Systeme und Führungskräfte mit der Strategie. Stehen diese im Einklang, kann mit der Operationalisierung, also dem inkrementellen Wandel begonnen werden. Ein fundamentaler Wandel ist nötig, wenn tiefgreifende Anpassungen erforderlich sind. Folgende Abbildung stellt nochmals die Aufgaben im Rahmen der Strategieimplementierung dar:

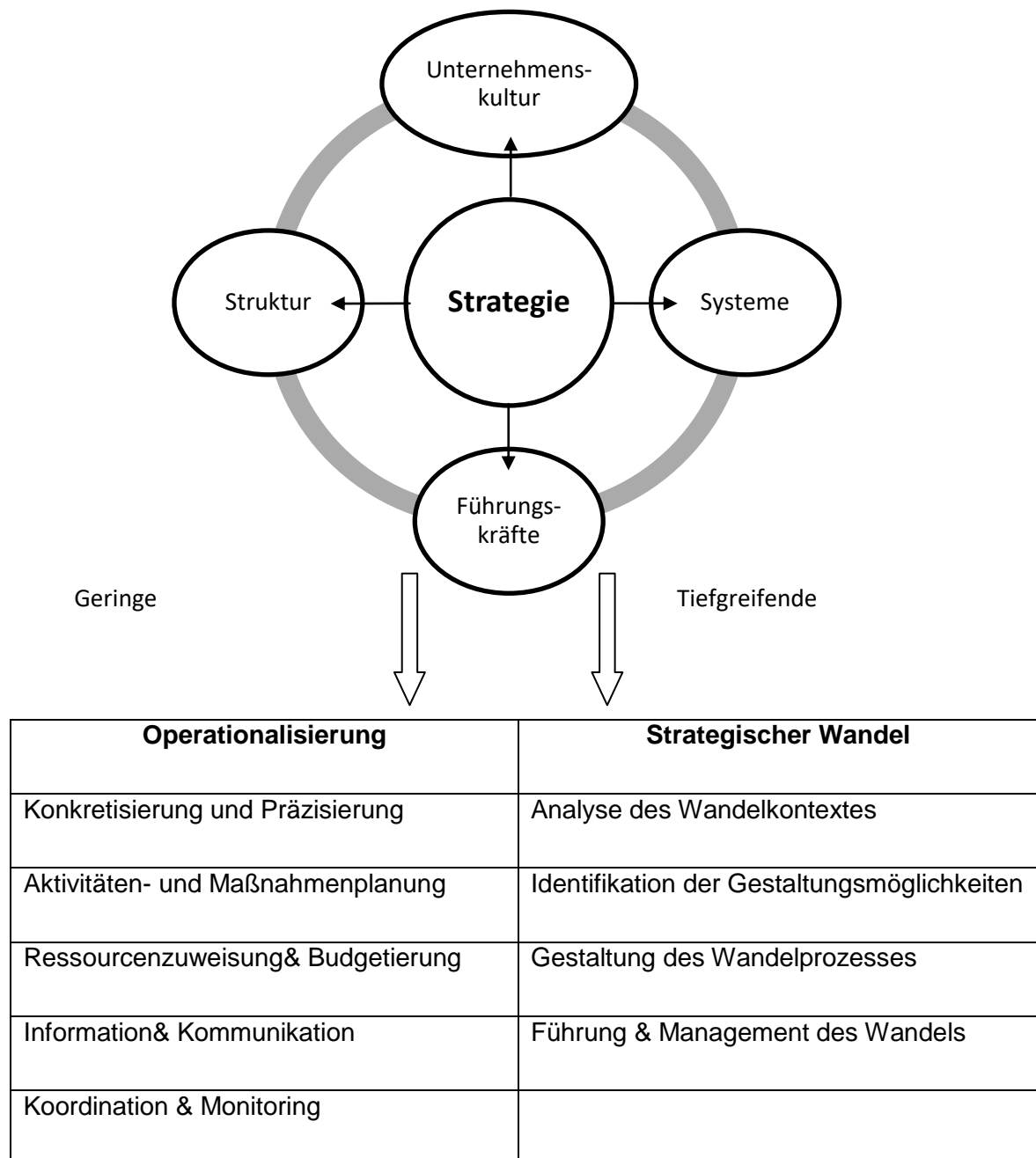


Abbildung 16: Aufgaben im Rahmen der Strategieimplementierung (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 155).

Ein inkrementeller Wandel besteht aus einer Veränderung innerhalb des bestehenden Paradigmas. Innerhalb der Strategieoperationalisierung wird die Strategie konkretisiert und auf einzelne Ebenen bzw. Bereiche heruntergebrochen.

Ein fundamentaler Wandel ist eine substanzielle Veränderung bei der das bestehende Paradigma verlassen wird. Wie ein strategischer Wandel genau abläuft wird im Kapitel 8 genauer betrachtet, da dieser entscheidend für die vorliegende Arbeit ist.

7.5 Strategische Evaluierung

Die strategische Evaluierung hat eine unterstützende Funktion während des gesamten Strategieprozesses und ermöglicht die Abbildung unternehmerischer Handlungen, ihre Erfassung, die Messung und Beurteilung. Die zugrunde liegenden Perspektiven des strategischen Managements lassen Grundsätze und Ziele erschließen. Dabei geht es um Informations-, Steuerung-, und Kontrollinteressen und von wem diese berücksichtigt werden.

Eine grundlegende Funktion der strategischen Evaluierung ist die strategische Kontrolle. Diese besteht aus der Durchführungskontrolle, der Wirksamkeitskontrolle, der Prämissenkontrolle, der Kontrolle der Potenziale und dem strategischen Radar.

Neben der strategischen Kontrolle dient die strategische Evaluierung der Information und Steuerung, der Motivation und dem organisationalen und individuellen Lernen durch Reflexions- und Lernprozesse.

Kern der strategischen Evaluierung sind jedoch die Kennzahlen. Finanzielle Kennzahlen informieren über die IST-Situation eines Unternehmens in Bezug auf Rentabilität, Liquidität und Kapitalstruktur. Nichtfinanzielle Kennzahlen beschreiben Aspekte in Bezug auf Märkte und Kunden, Mitarbeiter, Lieferanten, Prozesse, etc.

Die Balanced Scorecard ist ein bekanntes Instrument, welches den gesamten Analyseprozess mit ausgewählten Kennzahlen und Indikatoren unterstützt.

7.6 Strategischer Wandel

Im Gegensatz zu der Operationalisierungsstrategie, bei der die sachbezogenen Aufgaben der Strategieimplementierung im Fokus stehen, stehen beim strategischen Wandel verhaltensbezogene Aufgaben im Vordergrund (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 174). Der strategische Wandel kann auch als Change Management bezeichnet werden.

7.6.1 Analyse des Wandelkontextes

Beginnend mit der Analyse des Wandelkontextes gibt es „[...] acht wesentliche Faktoren, die bei der Gestaltung von umfassenden Wandelprozessen zu berücksichtigen sind.“ (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 177).

- Zeit: Wie schnell muss ein Wandel erfolgen?
- Ausmaß: Wie tiefgehend muss der Wandel sein?
- Bewahrung: Was muss erhalten werden?
- Vielfalt: Wie homogen sind die Gruppen innerhalb des Unternehmens?
- Fähigkeiten: Welche Fähigkeiten, den Wandel zu gestalten, sind vorhanden?
- Kapazität: Wie viele Ressourcen stehen für den Wandel zur Verfügung?
- Bereitschaft: Wie bereitwillig sind die Betroffenen für den Wandel?
- Macht: Hat der Change Agent Einfluss? Wer sind die Mächtigen?

7.6.2 Identifikation der Gestaltungsmöglichkeiten

Nach dem Analysieren des Wandelkontextes müssen die spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten identifiziert werden (vgl. Gattringer /Reisinger/ Strehl 2013, 181). Das Change-Kaleidoskop von Balogun und Hope-Hailey stellt ein umfassendes Werkzeug dar. Dieses besteht aus drei Ringen:

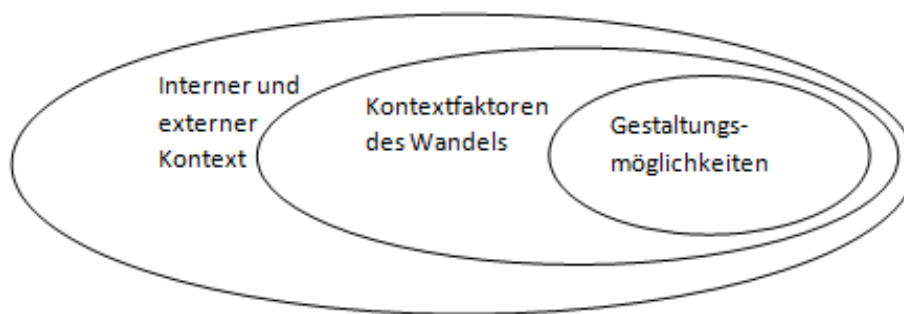


Abbildung 17: Verkürztes Change- Kaleidoskop (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 181).

- „Der äußerste Ring nimmt Bezug auf den übergeordneten Kontext des Wandels und zeigt, in welchem Ausmaß der Wandel aufgrund von aktuellen Gegebenheiten von Unternehmen (interner Kontext) und Umwelt (externe Kontext) erforderlich ist.“ (Gattringer /Reisinger/ Strehl 2013, 182).
- „Der mittlere Ring enthält die soeben dargestellten Kontextfaktoren des Wandels.“ (Gattringer /Reisinger/ Strehl 2013, 182).
- „Der innere Ring beinhaltet die zur Verfügung stehenden Gestaltungsmöglichkeiten. Deren Konkretisierung wird durch die spezifischen Ausprägungen des äußeren und mittleren Kreises bestimmt.“ (Gattringer /Reisinger/ Strehl 2013, 182).

Die Gestaltungsmöglichkeiten entscheiden über den Pfad, den Startpunkt, den Stil, den Bereich, den Stellhebel und die Rollen.

Der Pfad ist abhängig von den Ergebnissen der Analyse der Kontextfaktoren. Oft ist dieser abhängig von der verfügbaren Zeit und den Erfordernissen des Wandels (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 182).

Es gibt keinen festen Startpunkt für einen strategischen Wandel. In diesem Zusammenhang wird der Frage nachgegangen, ob der Wandel top-down, bottom-up, im Gegenstromverfahren oder mittels „guter Praktiken“ erfolgt (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 183).

Der Stil legt fest auf welche Art und Weise der Wandel vollzogen wird. Führungsstile reichen von Einsatz von Macht und Zwang über Partizipation und Einbeziehung der Mitarbeiter bis hin zu Überzeugung und Delegation (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 183).

Was verändert werden, soll gibt Aufschluss darüber, in welchen Bereichen angesetzt werden muss. Sind Ergebnisse der Ansatzpunkt, werden lediglich diese vorgelegt. Ist eine Verhaltensänderung der Mitarbeiter der Ausgangspunkt, muss sich das Unternehmen verändern. Und sollen Einstellungen verändert werden, bedarf es umfassender Maßnahmen im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 184).

Für die Gestaltung und Steuerung eines strategischen Wandels gibt es verschiedene Stellhebel. Unterschiedliche Subsysteme des Unternehmens und deren Interdependenz müssen beachtet werden (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 184).

Die mitwirkenden Akteure eines erfolgreichen Wandels nehmen dabei unterschiedliche Rollen ein. Meist initiiert und steuert die Unternehmensleitung den strategischen Wandel. Aber auch das mittlere und untere Management muss beachtet werden, da diese für die Konkretisierung und Operationalisierung von hoher Bedeutung sind (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 185).

Gegebenenfalls können auch externe Berater zum Einsatz kommen, die den strategischen Wandel von Beginn an mit ihrem know-how begleiten. Sie verfügen meist über eine gewisse Neutralität und Expertise (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 185).

7.6.3 Gestaltung des Wandelprozesses

„Die Gestaltung eines situativen adäquaten Wandelprozesses baut auf den Erkenntnissen aus der Kontextanalyse und den spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten auf.“ (Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 185). Alle Wandelprozesse durchlaufen die folgenden drei Phasen von Lewin:

1. Phase - Auftauen/ Mobilisieren

In dieser Phase müssen die Menschen aus ihrer „Wohlfühlzone“ gelockt werden. Oft ist die Unzufriedenheit die Ausgangsbasis, da die meisten Menschen sich verändern, weil die aktuelle Situation unerträglich ist und Unternehmen in existenzbedrohende Situationen schlittern (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 187f.). Es ist daher entscheidend, den Betroffenen das Gefühl von der Notwendigkeit und der Dringlichkeit eines Wandel zu vermitteln. Ausreichende Informationen und intensivere Kommunikation über die neue Strategie sind daher unumgänglich (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 188). Das strategiekonforme Verhalten der Führungskräfte, die Vorbildcharakter haben, ist von großer Bedeutung.

2. Verändern/ Bewegen

Menschen lernen, indem sie Neues ausprobieren, Fehler machen und daraus lernen. Dies ist nur möglich wenn sie ausreichend Handlungsspielraum haben. Die Unternehmensleitung muss in dieser Phase Kreativität, Risiko- und Experimentierfreunde fördern und die Kräfte unterstützen, die die Umsetzung der Strategie vorantreiben (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 189). Neben den Befürwortern wird es jedoch immer Gegner geben, die die Strategie ablehnen. Die Unternehmensleitung muss für klare Gegenmaßnahmen sorgen. Durch das Feiern kurzfristiger Erfolge werden Nachahmer gewonnen, die automatisch die Gegner abschwächen. Umfassende Veränderungsprojekte brauchen meist mehrere Jahre, daher muss bei der Gestaltung des Wandeldesigns darauf geachtet werden, dass genug Engagement, Kraft und Ausdauer vorhanden ist. Erfolgt ein zu schneller Start, werden Änderungen nur in Ansätzen vollzogen, wodurch die Implementierung früher oder später zum Scheitern verurteilt ist (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 189).

3. Einfrieren/ Integrieren

Nach einer gewissen Zeit entwickeln sich neue Denkmuster, Meinungen und Handlungsweisen, welche in das Unternehmen integriert und nachhaltig verankert werden müssen. Ebenso muss das erworbene Know-how für zukünftige Wandelprozesse gesichert werden (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 189).

7.6.4 Führung und Management des Wandels

Strategischer Wandel kann nicht von einer Person alleine geführt werden. Das Erfolgsrezept ist die Mischung eines Teams aus charismatischen Führungskräften und effizienten Managern, denn diese müssen die Mitarbeiter durch den Wandel leiten (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 191). Damit die Anforderungen besser verstanden werden, gibt es das Sieben-Phasen-Modell individueller Veränderungsprozesse, welches die eigene wahrgenommene Kompetenz der Betroffenen während der Phasen beschreibt.

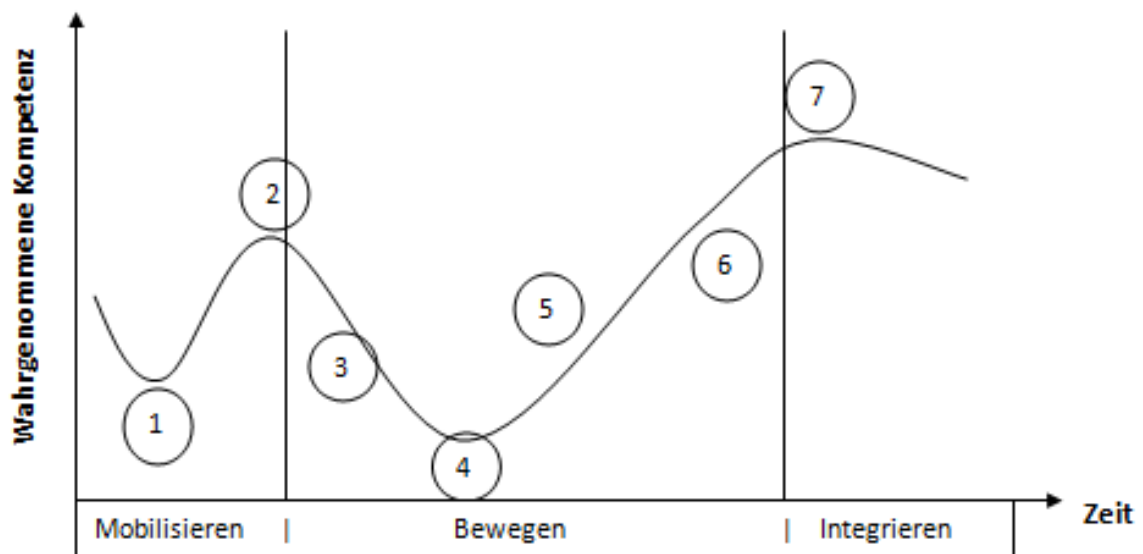


Abbildung 18: "7-Phasen-Modell" individueller Veränderungsprozesse (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2008, 193).

Die 1. Phase wird als „Schock“ beschrieben, da unerwartete Veränderungserfordernisse als Schock wahrgenommen werden. Zeitgleich sinkt die eigene wahrgenommene Kompetenz, da die eigenen Fähigkeiten als ungenügend gesehen werden (vgl. Gattringer/ Reisinger/ Strehl 2013, 191).

Die 2. Phase ist die „Ablehnung“. Nachdem der Schock überwunden wurde, werden alte Werte, Glaubenssätze und Einstellungen aktiviert. Die Auffassung, dass eine Veränderung nicht notwendig ist, wird gestärkt.

Die 3. Phase ist die „rationale Einsicht“. In dieser Phase werden schnelle Lösungen gesucht, um die unangenehme Situation zu beenden. Dadurch werden jedoch nur die Symptome, nicht aber die Ursache behoben. Die eigene wahrgenommene Kompetenz sinkt, da sich die Mitarbeiter nicht in der Lage fühlen, den neuen Anforderungen gerecht werden zu können.

Die 4. Phase der „emotionalen Akzeptanz“ ist ein besonders kritischer Punkt, da die Einschätzung der eigenen Kompetenz sowie das Selbstvertrauen so gering sind wie in keiner anderen Phase. Doch erst wenn man alte Muster abgelegt hat, kann man neue erlernen.

Die 5. Phase ist das „Üben“. Neue Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen müssen ausprobiert und geübt werden. Jede erfolgreiche Übung führt zu einer Steigerung der eigenen wahrgenommenen Kompetenz.

Die 6. Phase der „Erkenntnis“. Erweiterte Denk- und Verhaltensweisen tragen zu einer höheren Verhaltensflexibilität, bei wodurch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten steigt, ebenso steigt die eigene wahrgenommene Kompetenz.

Die letzte und 7. Phase ist die „Integration“. Neue Denk- und Verhaltensmuster werden als selbstverständlich gesehen und unbewusst vollzogen. Das Individuum kann sich nun wieder voll und ganz auf seine „eentlichen“ Aufgaben konzentrieren.

8 Change Management in der Pharmaindustrie

8.1 Ausgangssituation des strategischen Wandels

Mit Hilfe einer SWOT-Analyse, welche die Chance und Risiken der Digitalisierung für Unternehmen darstellt, sowie mögliche Stärken und Schwächen eines Unternehmens aufzeigt, soll auf die Wichtigkeit eines strategischen Wandels in der Pharmabranche verdeutlicht werden. Insbesondere wird im Folgenden Kapitel der pharmazeutische Außendienst betrachtet und welche Veränderungen angesichts der zunehmenden Digitalisierung vorzunehmen sind.

Chancen	Risiken	Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> •bessere globale Vernetzung •Zeitersparnis in Prozessen •Schaffung neuer Wirtschaftszweige •digitale Technologien bieten neue Möglichkeiten für Wachstumssteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> •hoher Ressourcen- und Energieverbrauch •Aufbau und Betrieb digitaler Infrastruktur •Einsparungspotenziale werden zunichte gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> •niedrige Betriebskosten •solide Finanzverwaltung •geringe Fluktuation •hoher Return on Investment •moderne Ausrüstung •Mitarbeiter Know-how 	<ul style="list-style-type: none"> •risikoreiche Geschäftsmodelle •veraltete Ausrüstung •schlechtes Markenimage •geringe Mitarbeitermoral /- motivation •fehlende Ressourcen

Abbildung 19: SWOT-Analyse der Digitalisierung in Bezug auf Unternehmen (Eigene Darstellung).

Wurde durch die strategische Analyse die Notwendigkeit auf Veränderung klar, folgt als nächstes, wie in Kapitel 7.3 beschrieben, die Strategieformulierung. Als Unternehmensstrategie, stellt die Wachstumsstrategie, die zu den Wachstumsstrategien gehört, eine mögliche dar. Genauer gesagt kann die Marktentwicklung nach der Produkt-Markt-Matrix von Ansoff (vgl. Gattringen/ Reisinger/ Strehl 2013, 107) als mögliche Strategie in Betracht gezogen werden. Diese fokussiert sich auf die Erschließung neuer Märkte mit gegenwärtigen Produkten und ist ideal, wenn mit neuen Vertriebskanälen neue oder auch bestehende Zielgruppen angesprochen werden sollen und neue attrak-

tive Vertriebskanäle verfügbar sind oder Branchen immer globaler agieren (vgl. Gattringen/ Reisinger/ Strehl 2013, 108).

Wie bereits aus der Theorie bekannt wird mit der Geschäftsbereichsstrategie die strategische Ausrichtung der einzelnen Geschäftsbereiche festgelegt (vgl. Gattringen/ Reisinger/ Strehl 2013, 116). Die Thematik der Geschäftsmodellstrategie gewann durch neue Technologien und neuen Märkten mehr an Bedeutung (vgl. Gattringen/ Reisinger/ Strehl 2013, 117). Aufgrund der zunehmenden Bedeutung davon, sollten alle Fragestellungen auf Ebenen des Geschäftsbereichs diskutiert werden.

Im Bezug auf die Funktionalstrategien, welche die vorherigen Strategien konkretisiert, ist für die vorliegende Arbeit die Marketing- und Vertriebsstrategie von Bedeutung. Die zentrale Frage hierbei lautet: Wie erreichen wir den Markt (und unsere Zielgruppen) effektiv und effizient? Die Antwort auf diese Frage liegt mit ganz klarem Fokus auf der zunehmenden Digitalisierung und welche Herausforderungen und Möglichkeiten damit verbunden sind. Dass die Kommunikation immer digitaler werden muss ist hier der Ausgangspunkt.

Damit die formulierte Strategie erfolgreich implementiert werden kann, muss vor allem der Pharmareferent im Fokus des strategischen Wandels stehen, denn es geht darum inwiefern sich sein Aufgabenbereich verändert bzw. erweitert. Auf diesen wird im Folgenden genauer eingegangen.

8.2 Durchführung des strategischen Wandels

Im Folgenden werden die theoretischen Punkte 7.6.1 bis 7.6.2 des strategischen Wandels konkret angewandt. Das Kapitel zeigt wie der strategische Wandel bewältigt werden kann und welche Rolle der Pharmareferent dabei einnimmt. Das Ziel des strategischen Wandels- der Pharmareferent als Kommunikationsmanager- wird nochmals separat vorgestellt sowie die Rolle des Marketing und Vertriebs.

Bei der **Analyse des Wandelkontextes** müssen folgende acht Fragen geklärt werden.

- Zeit: Wie schnell muss ein Wandel erfolgen?
Das Pharmaunternehmen befindet sich in keiner Krisensituation sondern ist erfolgreich und geht einen längerfristigen Strategieprozess ein.
- Ausmaß: Wie tiefgehend muss der Wandel sein?

Vorhandene Routinen, Werte und Grundauffassungen müssen stark verändert werden. Das bisher meist genutzte Face-to-Face Gespräch muss durch neue Kommunikationskanäle ersetzt werden. Die Bereiche Marketing, Vertrieb und der Außendienst sind von diesem Wandel betroffen.

- **Bewahrung:** Was muss erhalten werden?
Die Art und Weise wie der Pharmareferent mit seinem Arzt kommuniziert ändert sich. Auch wenn der Kommunikationsweg ein anderer ist, sollte das Verhältnis der beiden bewahrt werden.
- **Vielfalt:** Wie homogen sind die Gruppen innerhalb des Unternehmens?
Die Pharmareferenten sind meist eine sehr homogene Gruppe, da sie durch ihre Tätigkeit ähnliche Erfahrungen und Meinungen haben. Es ist daher notwendig die Vielfalt der Gruppe zu erhöhen damit neue Erfahrungen, Wahrnehmungs- und Denkmuster entstehen können.
- **Fähigkeiten:** Welche Fähigkeiten, den Wandel zu gestalten, sind vorhanden?
Die Vertriebscontroller sind sehr technikaffin. Sie können den Pharmareferenten problemlos neue Tools und ähnliches erklären. Ebenso herrscht zwischen den Außendienstlern und den Vertriebscontrollern ein gutes Verhältnis.
- **Kapazität:** Wie viele Ressourcen stehen für den Wandel zur Verfügung?
Da der Wandel nicht unter allzu großem Zeitdruck erfolgen muss, ist ausreichend Zeit zur Verfügung den Wandel immer mehr in den Alltag zu integrieren. Der Wandel wird vom Vertriebscontrolling begleitet.
- **Bereitschaft:** Wie bereitwillig sind die Betroffenen für den Wandel?
Die Bereitschaft zum Wandel ist unterschiedlich groß. Gerade ältere Pharmareferenten, die diesen Beruf schon eine Ewigkeit ausüben, werden sich am Anfang dagegen wehren ihre Routinen zu verändern. Jüngere Pharmareferenten dagegen werden die Veränderung gerne annehmen. Für sie wird sich höchstwahrscheinlich nicht allzu viel verändern angesichts der Tatsache, dass jüngere Leute meist auch im privaten Leben sehr technikaffin sind und über diverse digitale Kanäle kommunizieren.

Die **Identifikation der Gestaltungsmöglichkeiten** sehen wie folgt aus:

Die Unternehmensleitung gibt einen groben Rahmen vor was verändert werden soll und muss. In diesem Fall sind es die Kommunikationswege der Pharmareferenten.

Damit zusammenhängend muss das Marketing neue Maßnahmen erstellen, die dann

von den Fachreferenten genutzt werden können. Die konkrete Gestaltung erfolgt in den einzelnen Bereichen. Idealerweise sprechen sich Marketing, Vertrieb und der Außendienst ab um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. Wichtig ist, dass alle Beteiligten des Wandels gleichermaßen mit einbezogen werden, denn Mitwirkungsmöglichkeiten erhöhen auch hier die Akzeptanz der Betroffenen und fördern deren Motivation. Der Wandel soll im Bereich des Verhaltens der Mitarbeiter ansetzen. Durch den Einsatz der neuen Kommunikationswege bekommt der Pharmareferent eine neue Rolle: die Rolle des Kommunikationsmanagers. Damit gehen auch neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten einher. Erfolgreicher Wandel bedarf das Mitwirken zahlreicher Akteure. Die Unternehmensleitung initiiert und steuert den Wandel. Das Vertriebscontrolling bekommt die Rolle des Entwicklers, da sie den Pharmareferenten helfen sollen digitale Kommunikationswege zu beherrschen. Da das Vertriebscontrolling aber auch seinen „eigentlichen Aufgaben“ nachgehen muss, helfen hier externe Berater, die zum Beispiel Schulungen und Trainings geben.

Die Gestaltung des Wandelprozesses hängt mit der Führung und dem Management des Wandels zusammen. Im Folgenden wird gezeigt, von wem die einzelnen Phasen wie durchlaufen und erlebt werden und welche Aufgaben diese beinhalten.

1. Mobilisieren

In der ersten Phase müssen die Pharmareferenten aus ihrer Wohlfühlzone gelockt werden und für den strategischen Wandel mobilisiert werden. Auch wenn sie mit den bisherigen Verhaltensmustern und Arbeitsweisen mehr oder weniger zufrieden war, muss dort angesetzt werden wo Verbesserungsbedarf besteht. Im Rahmen ihrer Bezirksanalysen kommt es immer wieder zu Unklarheiten oder Missverständnissen, da Umsätze beispielsweise falsch zugeordnet werden oder Zahlen nicht richtig interpretiert werden. Die Bereitstellung eines entsprechenden Tools, welches diese Situationen umgeht, kann als „Lockmittel“ verwendet werden.

Um am Markt erfolgreich zu sein und seine Zielgruppen nicht an die Konkurrenz zu verlieren muss den Pharmareferenten die Dringlich- und Notwendigkeit der Integration von digitalen Anpassungen klar gemacht werden.

Damit die Pharmareferenten sich dessen annehmen, bedarf es ausreichende Informationen und intensivere Kommunikation über die Möglichkeiten, die eine neue Strategie mitbringt.

In dieser Phase haben die Pharmareferenten womöglich erstmals einen Schock, da sie vor unerwarteten Veränderungserfordernissen stehen. Ihre eigene wahrgenommene Handlungskompetenz sinkt, da sie ihre Fähigkeiten für unzureichend erachten.

Ist dieser Schock erstmals überwunden, werden etablierte Werte und Einstellungen aktiviert. So werden sie der Überzeugung sein, dass eine Veränderung nicht notwendig ist. Sie fühlen sich in ihren eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten wieder gestärkt.

2. Bewegen

Nachdem den Pharmareferenten neue digitale Kommunikationskanäle oder Tools vorgestellt wurden, muss ihnen die Zeit gewährt werden, damit sich diese ausprobieren können und Fehler machen können um daraus zu lernen. Sollte ein Pharmareferent durch ein Tool neue Erkenntnisse über seinen Bezirk erlangt haben muss dieses als Erfolg „gefeiert“ werden. Das motiviert andere Pharmareferenten zum Nachahmen.

In dieser Phase wird der Pharmareferent ebenso eine schnelle Lösung suchen um die unangenehme Situation zu beenden. Die eigentliche Ursache des Problems werden nach wie vor vernachlässigt, da der Wille zur Veränderung fehlt. Die wahrgenommene Kompetenz wird hier wieder sinken, da der Pharmareferent sich nicht in der Lage sieht, den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Es kommt gegebenenfalls zur Frustration.

Ist die Phase der Trauer überwunden kann der Pharmareferent seine alten „Muster“ hinterfragen und so neue entwickeln. Neue Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen werden dann durch ausprobieren geübt.

Gelingt dies versteht der Pharmareferent, warum manche Handlungsweisen funktionieren und andere nicht. Durch die Erweiterung der Denk- und Verhaltensweisen entsteht eine größere Verhaltensflexibilität.

3. Integrieren

Nach einiger Zeit entwickeln sich neue Denkmuster, Meinungen und Handlungsweisen. Die digitale Kommunikation, sowie unterstützende Tools sind dann aus dem Alltag der Pharmareferenten nicht mehr weg zu denken. Dies muss in die Unternehmenskultur integriert und das erworbene Know-how für zukünftige Wandelprozesse gesichert werden.

Wurde der strategische Wandel erfolgreich durchlaufen entstand damit folgendes neues Berufsbild des Pharmareferenten.

8.3 Der Pharmareferent der Zukunft

Den pharmazeutischen Außendienst wird es auch in Zukunft noch geben. Jedoch wird sich das Berufsbild grundlegend verändern. Der klassische Arztbesuch wird bereits von immer mehr Ärzten abgelehnt. Mangelnde Zeit und die von Ärzten inzwischen umfangreich genutzten Informationsmöglichkeiten machen das Face-to-Face Gespräch immer mehr zur Nebensache. Selbst der normale Alltag ist wird bereits immer digitaler und auch die Arztpraxen hat die Digitalisierung erreicht. Um als Pharmareferent in Zukunft erfolgreich zu sein muss sich der generelle Kommunikationsansatz ändern. Hierbei stehen im Fokus die Kommunikationswege sowie die zu kommunizierenden Inhalte. Die Art und Weise der Kommunikation hat sich in den letzten Jahren stark verändert: Das persönliche Gespräch hat signifikant an Bedeutung verloren. Versand von Mails und Kurznachrichten auf diversen Kanälen und sozialen Medien gehören zu normaler Kommunikation. Ebenso informieren Video-Konferenzen und Chats.

Damit der Pharmareferent seine Zielgruppe in Zukunft erreichen kann, muss er jene Kommunikationswege beschreiten, auf denen sie unterwegs ist. Er muss dabei individuell agieren, denn jeder nutzt die Kommunikationskanäle die er präferiert. Der Pharmareferent muss sich also zum Kommunikationsmanager entwickeln. Selbstverständlich bewegt er sich dabei auf allen Pfaden der digitalen Kommunikation und weiß auf welchem Weg er seine Ärzte am besten erreichen kann. Er wird mit seinen Kunden immer mehr digital interagieren und deutlich seltener zu einem persönlichen Gespräch erscheinen. Selbstverständlich behält auch diese Form der Kommunikation ihre Daseinsberechtigung, doch muss sie dem Besuchten einen echten Mehrwert bringen. Aber auch die Nutzung der digitalen Kommunikationskanäle kann die Außendienst-Arztkommunikation intensivieren und effizienter machen. Auch hier muss sichergestellt sein, dass jeder Kontakt einen Mehrwert für den Arzt darstellt. Eine wichtige Voraussetzung ist die Ausstattung mit den passenden Tools. Ein bereits etabliertes Tool ist die Arbeit mit Tablets. Der Nutzen liegt vor allem in der gezielten Beantwortung von Fragen die durch graphische Darstellungen sinnvoll unterstützt werden. Das Medium bietet eine hervorragende Möglichkeit die Informationsflut gut strukturiert aufzunehmen. Wird es richtig genutzt stellt das Arbeitsmittel eine Bereicherung in der Kommunikation dar.

Zeitgleich verändern sich auch die zu kommunizierenden Inhalte, denn der Pharmareferent sollte seine Zielgruppe nicht mehr mit pauschalen Produktinformationen überhäufen. Als qualifizierter Ansprechpartner liefert der Pharmareferent genau die Informationen, mit denen sein Gegenüber etwas anfangen kann.

Die Aufbereitung der Daten kommt hier eine besondere Rolle. Diese müssen „smart“ genutzt werden. Das bedeutet, dass die Daten nicht nur erhoben, sondern intelligent genutzt werden.

Um das Bild des zukünftigen Pharmareferenten zu verwirklichen, werden im Folgenden kurz die Rollen von Vertrieb und Marketing besprochen und wie diese dazu beitragen können.

8.4 Die Rolle des Vertriebs

Das Vertriebscontrolling, welches den Außendienstmitarbeitern sowie deren Gebietsleitern usw. zuarbeitet, nimmt eine entscheidende Rolle während des strategischen Wandels ein. Vertriebscontroller sind oftmals sehr technikaffin. Sie nutzen diverse Systeme für die Erstellung von passgenauen Ergebnissen, welche meist eine grafische Darstellung miteinbegriffen haben. Sie sind Experten darin, aus verschiedenen Berichten die relevanten Informationen herauszufiltern und diese in einen Zusammenhang bringen. Oft geben sie dem Außendienst ausgezeichnete Informationen weiter, damit dieser daran anknüpfen kann. Neben ihrem Gebietsleiter sind die Vertriebscontroller Ansprechpartner Nummer eins für viele Außendienstmitarbeiter. Es ist daher naheliegend, dass sie von den Vertriebscontrollern durch den Wandel begleitet werden. Prinzipiell müssen die Außendienstmitarbeiter so geschult werden, dass sie in der Lage sind ihren eigenen Bezirk eigenverantwortlich steuern und ihre Ziele erreichen zu können. Ein erfolgreicher Fachreferent analysiert seinen Bezirk und weiß, welche Kunden für seinen Umsatz wichtig sind, ob die richtigen Kunden auf die richtige Art und Weise besucht werden, wie sich die Umsätze und der Markt entwickeln und wo die Mitbewerber stehen. Das Vertriebscontrolling kann dahingehend eine Unterstützung sein, dass es den Außendienstmitarbeitern geeignete (Analyse-)Tools zur Verfügung stellt. Die Herausforderung ist aber nicht die Erstellung und Bereitstellung dieser Tools sondern, dass diese auch Verwendung finden.

Die Vertriebscontroller nehmen hier die Rolle eines Entwicklers ein. Neben den technischen Fähigkeiten, die sie den Pharmareferenten beibringen, begleiten sie diese auch durch die, in Kapitel 7.6.3 und 7.6.4 behandelten, drei Phasen: Mobilisieren, Bewegen, Integrieren.

8.5 Die Rolle des Marketings

Damit jeder Pharmareferent alle Kommunikationskanäle nutzen kann muss das Marketing ein Kommunikationsprogramm entwickeln bzw. zur Verfügung stellen aus denen der Pharmareferent für seine Zielgruppe relevante Informationen nutzen kann unabhängig davon, welchen Kommunikationskanal er wählt.

Das Marketing selbst wird sich durch die zunehmende Digitalisierung auch ändern müssen. Call Center, Mailings Werbeformen rund um das Internet werden einen immer höheren Stellenwert bekommen, denn die Rolle des Verbrauchers wird zukünftig immer wichtiger werden. Konsum- und Patientendaten sind ein wesentlicher Faktor für strategisches Marketing, denn nur wer seine Kunden kennt, weiß was sie benötigen. Big Data ermöglicht eine genaue Analyse der Zielgruppen.

9 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Die Digitalisierung hat bereits viele Unternehmen zum Umstrukturieren animiert. Neue Geschäftsmodelle werden entworfen, Geschäftsprozesse immer weiter automatisiert. Ideen und Konzepte zu entwickeln gelingt den meisten, auch sind viele gar nicht schlecht darin erfolgsversprechende Ideen umzusetzen schließlich haben Unternehmen gelernt sich im Wettbewerb kontinuierlich zu verbessern. Die Digitalisierung hat jedoch eine Besonderheit: sie ist rasend. Dadurch kommen die Unternehmen, die in ihren Prozessen und Strukturen festgefahren sind und deren Mitarbeiter sich im Stich gelassen fühlen nicht mehr hinterher. Der Erfolgsfaktor einer erfolgreichen digitalen Transformation besteht in den Kompetenzen und Voraussetzungen, die gebraucht werden um jene Ideen und Konzepte umzusetzen. Kreativität ist für das Erkennen von notwendigen Veränderungen von großer Bedeutung, denn durch die Fantasie entstehen neue Ideen und Konzepte. Trotz allem ist die Umsetzungskompetenz der entscheidende Faktor, zu dem Kraft, Mut und Ausdauer gehören, die es braucht um gegen alle internen Widerstände anzukommen. Damit der strategische Wandel gelingen kann müssen die passenden Personen im notwendigen Umfang vorhanden sein, die die anfallenden Aufgaben erledigen. Aber nicht nur passenden und ausreichenden Ressourcen an Personal sind notwendig, auch die richtigen Methoden für einen strategischen Wandel müssen beherrscht werden. Jedes Unternehmen braucht für die individuellen Veränderungsprozesse passende Umsetzungsmethoden. Sind diese beiden Voraussetzungen gegeben kann ein strategischer Wandel erfolgreich bestritten werden. Während des Wandels ist es besonders wichtig auf alle Beteiligten zu achten, denn nur wenn am Ende alle am selben Strang ziehen kann ein Unternehmen weiterhin erfolgreich sein. Auch wenn der Weg zu einer „digitalen Welt“ mühsam und lang ist wird er sich am Ende auszahlen. Technische Innovationen ermöglichen es, Kundenbedürfnisse einfacher, preiswerte und schneller zu befriedigen. Diese Erkenntnis sollte ein Unternehmen möglichst schnell entdecken, denn ruck zuck sind andere Wettbewerber einen Schritt voraus. Der Schlüssel dieser Bedrohung ist die Nähe zum Kunden. Jedes Unternehmen sollte wissen, wie Kunden ticken und was ihnen wichtig ist. Der Kunde bekommt in der Pharmaindustrie eine immer wichtigere Rolle, er informiert sich zunehmend selbst über Arzneimittel und Therapieverfahren in Webportalen oder tauscht sich dort mit anderen Personen aus. Ebenso legen Kunden immer mehr Wert darauf, für sie relevante und passende Informationen zu erhalten. Die Digitalisierung ermöglicht es Kunden über diverse Kanäle zu erreichen und ihnen genau die Information zur Verfügung zu stellen, die sie wünschen. Pharmaunternehmen sollten daher nicht zögern die Digitalisierung als Wachstumsmöglichkeit wahrzunehmen.

Literaturverzeichnis

Belz, Christian (1998): Management von Geschäftsbeziehungen. St. Gallen.

Belz, Christian (2012): Marketing gegen den Strom, Stuttgart.

Biowellmed (o.Jg.): Die Entwicklung der Pharmabranche.

www.biowellmed.de/fachartikel-1378.html (24.05.2018)

Brown, Duncan/ Hayes, Nick (2008): Influencer Marketing- Who really influences our customers?. Barlington.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (2017): Pharma-Daten 2017. 47. Aufl. Hamburg.

BVmed (2017): Die 4 Prinzipien. <https://www.bvmed.de/de/recht/healthcare-compliance/vier-prinzipien> (05.06.2018).

Dachtler, Markus/ Edinger, Daniel/ Huber, Gerald (2017): Digitalisierung in der Pharmaindustrie. In: Da-Cruz, Patrick/ Mehlich, Harald/ Pfannstiel, Mario (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management. Wiesbaden, 241-255.

Dambacher, Erich/ Schöffski, Oliver (2015): Vertriebswege und Vertriebswegeentscheidung. In: Fricke, Frank-Ulrich/ Guminski, Werner/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2.Aufl. Heidelberg, 281-296.

Delvaux de Fenffe, Gregor (2018): Geschichte der Arzneien. [www.planet-wis-](http://www.planet-wis-sen.de/gesellschaft/medizin/pharmaindustrie/pwwbarzneimittelgeschichte102.html)

[sen.de/gesellschaft/medizin/pharmaindustrie/pwwbarzneimittelgeschichte102.ht](http://www.planet-wis-sen.de/gesellschaft/medizin/pharmaindustrie/pwwbarzneimittelgeschichte102.html)
[ml](http://www.planet-wis-sen.de/gesellschaft/medizin/pharmaindustrie/pwwbarzneimittelgeschichte102.html) (24.05.2018).

Dieners, Peter (2010): Handbuch Compliance im Gesundheitswesen- Kooperation von Ärzten, Industrie und Patienten. München.

European Commission (2008): Pharmaceutical Sector Inquiry. Preliminary Report.

[http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_repo](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf)
[rt.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/preliminary_report.pdf) (24.05.2018).

Gattringer, Regina/ Reisinger, Sabine/ Strehl, Franz (2013): Strategisches Management. Grundlagen für Praxis und Studium. Hallbergmoos.

Goingpharma (2017): Marktentwicklung für Blockbuster gemäß JP Morgan. www.goingpharma.com/de/marktentwicklung-fuer-blockbuster-gemaess-jp-morgan/ (24.05.2018).

Guminski, Werner (2008): Produktlebenszyklus und die Möglichkeiten seiner Gestaltung. In: Fricke, Frank-Ulrich/ Guminski, Werner/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2.Aufl. Heidelberg, 199-211.

Guminski, Werner/ Utsch, Oliver (2008): Vertriebs- und Außendienststeuerung. In: Fricke, Frank-Ulrich/ Guminski, Werner/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2.Aufl. Heidelberg, 297-316.

Handelsblatt (2017): Das sind die größten Pharmakonzerne der Welt. www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/bayer-novartis-und-co-das-sind-die-groessten-pharmakonzerne-der-welt/20521870.html?ticket=ST-1860056-p1xFgshxiPmeqBaqYO2f-ap2 (01.05.2018).

Kotler, Philip/ Amstrong, Gary/ Wong, Veronica (2011): Grundlagen des Marketing. 5. Aufl. Hallbergmoos.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2013): Potenziale am Standort Deutschland. In: Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (Hrsg.): Die pharmazeutische Industrie in Deutschland. Ein Branchenportrait. 2. Überarbeitete Aufl., 14-16.

Kühnapfel, Jörg B. (2017): Vertriebscontrolling im praktischen Einsatz. 2.Aufl. Wiesbaden.

Leker, Jens/ Utikal, Hannes (2015): Von Megatrends zum Geschäftserfolg. Was bedeuten Megatrends für das Management in der chemischen und pharmazeutischen Industrie in Deutschland?. <https://www.chemanager-online.com/file/track/29457/1> (25.06.2018).

Medizinfo (o.Jg.): Freiverkäufliche Arzneimittel. www.medizinfo.de/arzneimittel/recht/freiverkaeuflliche_arzneimittel.shtml (17.06.2018).

Medizinfo (o.Jg.): Apothekenpflichtige Arzneimittel.
www.medizinfo.de/arzneimittel/recht/apothekenpflichtige_arzneimittel.shtml
(17.06.2018).

Mittermeier, Alexander (2017): Die Top 10 der umsatzstärksten Medikamente- Humira vor Harvoni. www.gevestor.de/details/die-top-10-der-umsatzstaerksten-medikamente-humira-vor-harvoni-802325.html (24.05.2018).

Pufahl, Mario (2014): Vertriebscontrolling. So steuern Sie Absatz, Umsatz und Gewinn. 5. Aufl. Wiesbaden.

Trilling, Thomas (2003): Pharmamarketing: Ein Leitfaden für die tagliche Praxis, Heidelberg.

Vertriebszeitung (2016): Vertriebsreporting: Die richtigen Kennzahlen erfassen und regelmäßig abrufen. <https://vertriebszeitung.de/vertriebsreporting-die-richtigen-kennzahlen-erfassen-und-regelmaessig-abrufen-2/> (23.06.2018).

Wolf Sussman, Jana (2008): Pharmamarketing. In: Fricke, Frank-Ulrich/
Guminski, Werner/ Schöffski, Oliver (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2.Aufl. Heidelberg, 233-248.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname